

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي التربوي

قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد

Death Anxiety and Life Satisfaction among Patients with Renal Failure in Governorate of Irbid

إعداد

غاندي محمود محمد الرياحنة

إشراف

الدكتور فواز أيوب المؤمني

حقل التخصص – الإرشاد النفسي

الفصل الدراسي الثاني

2014

قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد

إعداد:

غاندي محمود محمد الرياحنة

بكالوريوس إرشاد نفسي وتربوي، جامعة اليرموك، 2012

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص

علم النفس الإرشادي، كلية التربية، جامعة اليرموك، إربد الأردن.

لجنة المناقشة

د. فواز أيوب المومني ....مشرفاً ورئيساً

أستاذ مساعد في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

أ.د. صالح بني هاني..عضواً

أستاذ في الطب، جامعة اليرموك

د.عمر الشواشره .... عضواً

أستاذ مساعد في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ

2014/11/26

الإهداء

إلى نبع الحنان، إلى صانعة المستقبل، إلى رمز الحب وبلسم الشفاء، إلى القلب ناصع البياض والدتي الغالية رحمها الله.

إلى ينبوع العطاء الذي زرع في نفسي الطموح والمثابرة، وإلى من حصد الأشواك عن دربي، ليمهد لي طريق العلم، صاحب القلب الكبير، والدي العزيز.

وإلى من كانوا ملاذي وملجئي إخوني وأخواتي.

إلى من سهرت وأعطت بلا حدود، إلى الروح التي سكنت روحي، زوجتي الغالية

وإلى فلذة كبدي، وقرة عيني، وملاذ حياتي، أبنائي.

الباحث

غاندي محمود الرياحنة

شكر وتقدير

الحمد لله، والصلاة والسلام على أشرف خلقه، محمد عليه الصلاة وأتم التسليم.....

فإنه يسعدني ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى من كان لي خير مرشد وموجه، الدكتور فواز أيوب المومني على تلطفه بقبول الإشراف على هذه الرسالة، والذي لم يدخر جهداً ولم يبخل عليّ بشيء من علمه أو ما سنح له وقته لإثراء هذه الرسالة وخروجها في أفضل صورة.

كما يسعدني أن اتقدم بالشكر الجزيل للسادة أعضاء لجنة المناقشة الأستاذ الدكتور صالح بني هاني والدكتور عمر الشواشره اللذين تفضلا بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحملهما عبء قراءتها وإبداء الملاحظات والتوجيهات والمقترحات التي من شأنها أن أثرت هذه الرسالة وأغنت مضمونها.

والشكر موصول لأعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس الإرشادي التربوي بكلية التربية في جامعة اليرموك.

ويسرني أن أشكر أيضاً عطوفة نقيب الممرضين الأردنين الأستاذ محمد حتاملة والدكتور كامل العجلوني والزميل نضال النسور والزميلة رشا المحمود، وكل من أسهم في إنجاز هذه الرسالة.

الباحث

فهرس المحتويات

الفصل الأول

الخلفية النظرية

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص

الرياحنة، غاندي محمود. قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد: رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، 2014م (المشرف، د. فواز المومني)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في ضوء بعض المتغيرات. تكونت عينة الدراسة من (311) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي المراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد – الأردن لعام 2014/2013. ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بترجمة وتعريب مقياس قلق الموت ومقياس الرضا عن الحياة وتطبيقهما على عينة الدراسة.

وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً، كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الإناث، وأظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرات العمر، ومدة الإصابة، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري. أما مستوى الرضا عن الحياة، فقد جاء متوسطاً، وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الرضا عن الحياة تعزى لمتغيرات عدد مرات الغسيل ولصالح (3) مرات فأكثر. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير أصحاب الدخل الشهري (401) دينار أردني فأكثر مقارنة بأصحاب الدخل الشهري (201– 400) دينار، في حين أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين قلق الموت والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، الرضا عن الحياة، مرضى الفشل الكلوي.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

يعُّد القلق من أكثر المشاكل المنتشرة في حياتنا اليومية المعاصرة؛ بسبب تعقد مطالب الحياة اليومية المختلفة التي تؤثر على الحالة النفسية والجسمية للأفراد، حيث يؤثر القلق على جميع جوانب حياة الفرد الجسمية، والعقلية، والإنفعالية والبيولوجية. كما يعد القلق سبباً رئيساً لكثير من الإضطرابات والأمراض النفسية والجسدية، إذ أن ثلاثية المرض، والألم، والموت ارتبطت معاً برباط متين.

يعتبر قلق الموت (Death Anxiety) موضوعاً يترافق عادة مع الإنسان، ومع أنه لم يخضع للدراسة الواسعة في بعض الفترات. إلا أن له جانبين يجب أن نأخذهما بعين الإعتبار، أولاهما دراسة الإتجاهات النفسية وأثارها على المرضى المصابين بمرض مفضي إلى الموت. وثانيهما دراسة الخوف من قلق الموت في مجتمعات مختلفة، ويعني قلق الموت الشعور بالخوف، والذعر والقلق من الموت أو أي شيء يؤدي إلى الموت، وبمعنى آخر فقلق الموت عبارة عن مجموعة من ردود الأفعال السلبية والمتكررة، ويشكل قلق الموت قضية مركزية لدى البشر منذ الولادة حتى الموت (معمرية، 2009).

وهكذا يخاف الناس الموت لجوانبه المجهولة الغامضة وغير السارة، فللموت رهبة كبيرة، حيث قال الله تعالى{ قُلْ إِنَّ الْمَوْتَ الَّذِي تَفِرُّونَ مِنْهُ فَإِنَّهُ مُلَاقِيكُمْ } (سورة الجمعة،

الآية 8). وفي أية أخرى{أَيْنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكْكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُشَيَّدَةٍ ۗ} (النساء، الآية 78).

ويعاني مرضى الكلى الكثير من المشاكل النفسية ومستويات مرتفعة من القلق، وضعف في إستراتيجيات التكيف، وقد تصل بهم إلى حالة من العدوانية تجاه أنفسهم، وكذلك نحو الآخرين من المرضى والكوادر الطبية. ويأتي هنا دور المختصين والمهنيين في خدمة هذه الفئة من المرضى، للبحث والإستكشاف ووضع الإستراتجيات والحلول المناسبة لمشاكلهم، إذ يسعى مرضى الفشل الكلوي للحصول على الدعم والمؤازرة كإحدى استراتيجيات التكيف، في حين يستخدم المرضى العاديون إستراتيجيات حل المشكلات (Levy, Morgan & Brown, 2004).

إن أول الأفكار التي تتبادر إلى أذهان مرضى الفشل الكلوي، الأفكار المرتبطة بالموت، وأن الموت قريب منهم، ويلعب عامل شدة المرض دوراً كبيراً في زيادة مستوى التفكير في الموت، وزيادة مستوى قلق الموت (Axelsson, Randers, Hagelin, Jacobson & Klang, 2012).

ويعُّد مفهوم الرضا عن الحياة (Life satisfaction) من المفاهيم التي ظهرت في الآونة الأخيرة، كأحد المؤشرات المستخدمة في قياس الصحة النفسية والسعادة لدى الأفراد الأصحاء والمرضى على حد سواء. حيث أن الصحة النفسية هي أساس شعور الأفراد بالأمن والحب وتقبل ظروف الحياة، بينما يعُّد إنخفاض معدل الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي نتاجاً لإرتفاع مستويات القلق والإكتئاب، وعاملاً مؤثراً في ظهور الأعراض النفسية، والأمراض الجسمية لديهم، والذي يؤدي إلى إرتفاع معدلات الوفاة لديهم عند مقارنتهم بالأصحاء. وتتعرض مختلف

مراحل حياة الأفراد إلى مستويات عدة من الرضا عن الحياة ناتجة عن تعدد مجالات الحياة العامة التي يعيشونها (شويخ، 2009).

مرض الفشل الكلوي:

يعُد الفشل الكلوي من الأمراض الخطيرة والمزمنة التي تؤدي إلى الموت البطيء، وتعتبر الكليتان من أعضاء جسم الإنسان الضرورية كباقي أعضاء الجسم الأخرى، حيث تقوم الكليتان بعمل ضروري في جسم الإنسان من خلال وظائفهما الأساسية التي تعمل على تنقية الدم الذي يضخ اليهما، وإزالة الفضلات من الجسم. وبالرغم من صغر حجم الكلية بالنسبة لجسم الإنسان إلا إنها تستقبل (25%) من كمية الدم التي يضخها القلب (السويداء، 2010).

وتوجد الكلية بجانب العمود الفقري تحت أضلاع الصدر السفلية من الخلف في منطقة الخاصرة، ويبلغ طول كل كلية (13) سنتيمتراً وتزن من (130-170) جراماً، وتتكون من جزء خارجي يسمى القشرة (Cortex) ويحتوي على الوحدات الكلوية التي تعرف باسم (Nephron) التي يصل عددها إلى مليون ونصف المليون، والتي تعمل على تنقية الدم من السموم، وتحافظ على درجة قلوية الدم (PH) ومستويات البوتاسيوم، والهيدروجين، والصوديوم بنسب معتدلة. أما الجزء الداخلي فيسمى النخاع (Medulla) ويكون على شكل أهرامات قاعدية جهة القشرة، وقمته نحو حوض الكلية الذي يتجمع فيه البول المفروز لكي يصب في الحالب (البار، 1992).

تعمل الكليتان على توازن الأملاح والماء داخل الجسم بشكل دقيق، إذ أن الزيادة أو النقص سيؤدي إلى المرض والوفاة، كما أنهما تساعدان في التخلص من المواد السامة والمخلفات الناتجة عن عمليات الايض، مثل البولينا من خلال البول، وتفرز عدة هرمونات ذات أهمية

للجسم ومنها هرمون الرينين (Renin) الذي يعمل على زيادة ضغط الدم عند الحاجة، وهرمون البروستاجلاندين (Prostaglandins) الذي يعمل على خفض ضغط الدم وتزويد الكلية بالدم، كما أنها تفرز مادة تعمل على تنشيط فيتامين "D" لتزويد العظام بالكالسيوم لتقويتها (عبدالله، 1982).

أنواع الفشل الكلوي:

يصاب الإنسان بنوعين من الفشل الكلوي: الفشل الكلوي الحاد(Acute Renal Failure) الذي يؤثر في عمل الكلية سريعاً، وعلى قدرة الإنسان على التبول بشكل طبيعي، وإرتفاع نسبة الكرياتينين، وأن نسبة الشفاء من هذا النوع عالية جداً. وهنالك عدة أسباب تؤدي للإصابة فيها: أسباب ما قبل الكلية، وأسباب كلوية، وأسباب ما بعد الكلية. ومن الأسباب التي تحدث قبل إصابة الكلية قلة السوائل، ونقص البلازما، وانخفاض ضغط الدم، وهبوط القلب. أما الأسباب المتعلقة بإصابات الكلية فمنها الحوادث، والعقاقير، والإلتهابات، وتجلط الشريان الكلوي. أما الأسباب التي تحدث بعد إصابة الكلية فتنتج عن الحصى، وتضخم غدة البروستاتا، والأورام السرطانية التي تسبب انسداد مجرى البول (Henrich, 2009).

أما النوع الثاني فهو الفشل الكلوي المزمن (Chronic Renal Failuer) الذي يرتبط بالأمراض المزمنة والإصابات الناتجة عن الحوادث، حيث يصعب إرجاع عمل الكلية إلى وضعه الطبيعي الذي يصبح شبه مستحيل، وتعالج هذه الحالات بغسيل الكلى داخل أقسام الكلى في المستشفيات، أو زرع كلية بديلة لإحدى الكليتين، ومن الأسباب المؤدية للفشل المزمن: الإلتهابات

الكلوية، والإلتهابات التي تصيب حوض الكلية، والأمراض الوراثية والخَلقية ومنها التكيس الكلوي، وتصلب شرايين الكلية (هاشم، وباشا، والصباغ، 1990).

إنتشار مرض الفشل الكلوي:

تشير الدراسات الوبائية إلى أن نسبة إنتشار مرض الفشل الكلوي تتراوح بين (40) إلى (60) شخصاً لكل مليون سنوياً، وتتفاوت النسبة من دولة إلى أخرى، فبعض الدول كانت النسبة فيها تتراوح ما بين (30–40) شخصاً لكل مليون سنوياً، وأخرى (100) شخص لكل مليون سنوياً. أما في الدول العربية ومنها مصر فقد كانت النسبة (190) شخصاً لكل مليون سنوياً، وفي المملكة العربية السعودية (100) شخص لكل مليون سنوياً، ولقد أدى تطور الطب في السعودية ومصر في بدايات التسعينات إلى تقليل النسبة إلى (70) شخصاً لكل مليون في السنة حيث أن هذه النسبة تقل لدى الدول الغربية بمعدل(30) شخصا لكل مليون في السنة (البار، 1992).

إن معدل إنتشار حالات مرضى الفشل الكلوي بتزايد مستمر في جميع دول العالم، حيث ارتفع متوسط معدل الإنتشار في أوروبا من (79) حالة إلى (117) حالة لكل مليون شخصٍ للفترة ما بين (1990–2000)، حيث كانت زيادة عدد المرضى في بريطانيا (93) حالة في عام (2001)، وفي الولايات المتحدة كان معدل الإنتشار (336) حالة لكل مليون عام (2001). والجدول التالي يوضح معدلات الحدوث والإنتشار للمرضى محل البحث (Levy, Morgan & Brown, 2004).

مقارنات دولية لمعدلات حدوث الإصابات والانتشار العام للفشل الكلوي لكل دولة

الدولة	معدل الحدوث/مليون/سنة Incidenc (PMP per year)	معدل الانتشار/مليون Prevalence (PMP)
الولايات المتحدة	336	1403
استراليا	97	663
كندا	152	841
تركيا	144	380
شيلي	123	672
المملكة المتحدة	93	600
فنلندا	88	609
ألمانيا	184	921
إيطاليا	131	788
اليابان	252	1642
نيوزيلندا	119	655
النرويج	95	612
روسيا	15	73

.(Levy, Morgan & Brown, 2004)

الأعراض الإكلينيكية لمرض الفشل الكلوي:

تظهر الأعراض الإكلينيكية لدى مرضى الفشل الكلوي بشكل مباشر، ومن الممكن أن لا يشعر المرضى بها في بداية الحالة المرضية، إذ تظهر في المراحل المتقدمة من الإصابة بالمرض ومن هذه الأعراض: الإرهاق والتعب وعدم التركيز، وضيق في النفس ناتج عن أمراض القلب والرئتين، وفقدان الشهية، وقيء وإسهال مصحوباً بدم، وزيادة عدد مرات التبول خلال الليل دون أي ألم أو صعوبة في التبول، واضطرابات في عمل الغدد الجنسية، وعدم القدرة على إنتاج الهرمونات الجنسية مما يؤدي إلى ضعف جنسي، والحكة باستمرار الناتجة عن تراكم السموم والأملاح تحت الجلد، والوذمة (Oedema) وهي تجمع السوائل في الجسم يؤدي إلى انتفاخ القدمين والوجه وخصوصاً تحت الجفون، ونقص إفراز هرمون (مولد الحمر) الذي يعمل على تكوين خلايا الدم، وتكسر في كريات الدم، والنزف، واضطراب في وظائف الصفائح يشعر المريض بالإرهاق وعدم القدرة، وضغط الدم المرتفع الناتج عن زيادة السوائل والأملاح في جسم المريض، وتضخم عضلة القلب، والتهاب الأعصاب، وخدر وألم في الأطراف، وكثرة حدوث الجلطات الدماغية لمرضى الفشل الكلوي، وهشاشة ولين العظام نتيجة نقصان فيتامين "D" يؤدي إلى سهولة الإصابة بالكسور (الحديدي، وجودت، وأصفري، وشماع، 1992).

علاج مرضى الفشل الكلوي:

يعالج مرضى الفشل الكلوي بإحدى طريقتين؛ إما بأجهزة غسيل الكلى التي تقوم بتنقية دم المريض من الشوائب والمواد السامة. أو بإستخدام الغسيل البريتوني (Peritoneal dialysis) والذي يتم من خلال ضخ سائل معقم إلى بطن المريض عبر أنبوب، ويجب أن يبقى السائل داخل

بطن المريض لمدة تتراوح بين (4−12) ساعة، ويتم تكرار هذه العملية من (3−5) مرات يومياً، ثم يتم تصريف السائل الموجود داخل جسم المريض فتخرج الفضلات والمواد السامة من الجسم. كما يتم إعطاء المريض أدوية تساعده في التخلص من السوائل الزائدة في الجسم، ويجب الإتزان في تناول السوائل حسب حالة المريض، ولابد من الحمية الغذائية عند تناول الأطعمة خصوصاً التي تحتوي على البروتين، ويفضل لمريض الفشل الكلوي عدم تناول أكثر من (20) جرام يومياً من هذه الأطعمة، كما لابد من العمل على زيادة نسبة الكالسيوم من خلال إعطاء المريض فيتامين"D"، وتجنب الأطعمة التي تحتوي على كمية كبيرة من البوتاسيوم من خلال حقن المريض بالكلس، ومعالجة الإلتهابات عن طريق المضادات الحيوية (هاشم وآخرون، 1990).

تعريف القلق:

يعرف فرويد (S.Freud) (المشار إلية في أبو الخير، 2002) القلق بأنه حالة إنفعالية غير سارة، مصحوبة بأعراض فيزيولوجية يشعر بها الفرد. ويعرفه العمري (1986) بأنه حالةٌ من الشعور لدى الفرد، وخوف ليس له مبرر من شيء غامض، وتوترٌ شديدٌ وعدم الراحة التفكيرية المؤدية إلى الألم النفسي لدى الفرد. ويعرفه عثمان (2001) بأنه حالة نفسية فسيولوجية تنتج عن ترابط مجموعة من العناصر الإدراكية، والسلوكية، والجسدية، لتكوين شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الإرتياح والخوف والتردد.

يعمل القلق على زيادة درجة النشاط لدى الأفراد، وتختلف درجته ومستواه لدى الأفراد باختلاف المواقف التي يتعرضون لها، إذ يؤثر على سلوكهم تاركاً أثاراً سلبية. ويصاحب القلق العديد من الأعراض الجسدية المتمثلة في خفقان القلب، والتعب، والغثيان، وألم في الصدر،

وضيق في النفس، وألم في المعدة، وصداع. ويستعد جسم الإنسان للتعامل مع هذه الأعراض فيزداد ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، وتعرّق الجسم، ويرافق ذلك مجموعة من العلامات الخارجية التي تظهر بشكل واضح على جسم الإنسان: كشحوب الجلد، والعرق، والإرتعاش، واتساع حدقة العين. وكما يرافق الأعراض البدنية مجموعة من الأعراض النفسية ومنها: مشاعر الخوف والفزع، وصعوبة التركيز، والشعور بالتوتر والعصبية، والتهيج، والأرق، والكوابيس والهواجس، أما أكثر الأعراض شيوعاً فهي الخوف من الموت (البحيري، 1985).

ولم تتفق النظريات في تفسيرها للقلق، فيرى فرويد (S.Freud)، مؤسس النظرية التحليلية بأن القلق غريزي موجود لدى جميع الأفراد من أجل المحافظة على سلامتهم. أما أدلر فيرى في القلق سبباً في عدم تفوق الفرد في الحياة، في حين يتفق كل من كيركيجاد (Kierkegaard)، وفرويد (S.Freud)، وجولد شتاين (Goldstein) بأن القلق سبباً مؤثراً في تدهور حالة الوعي لدى الفرد، بينما يؤكد سوليفان على أن الفشل في العلاقات الإنسانية ناتج عن مستوى ودرجة القلق المتوفرة لدى الفرد، ولقد برهن روجرز بأن عدم قدرة الفرد في الوصول إلى درجة عالية من النمو والإرتقاء يعُد عاملاً مؤثراً في ارتفاع مستوى القلق لديه. إذ يواجه الفرد العديد من الأزمات والصراعات والتحديات المختلفة أثناء مراحل نموه، والتي تؤثر على الحالة الصحية، والجسمية، والنفسية لديه (بن علو، 2002).

وتتفاوت درجات القلق بين الخفيفة المؤقتة ذات الأثر البسيط، والشديدة التي تؤدي إلى اليأس والإنتحار، وإن القلق الذي يتخلل عدة جوانب من حياة الفرد يطلق عليه القلق العام، وقد يكون محدداً بمجال وموضع معين كقلق الموت، وقلق الإمتحان، والقلق الإجتماعي. فينقسم القلق

إلى نوعين هما: القلق العادي الموضوعي الناتج عن ظروف الحياة اليومية الواقعية، وهو معلوم المصدر والسبب، محدداً في الزمان والمكان، ويقصد به الخوف الطبيعي. أما القلق المرضي العصابي الملازم للفرد لفترة طويلة من حياته ويصعب زواله فهو قلق داخلي غامض يصعب تحديده، ويمكن أن يستدل عليه من خلال سلوك صاحبه وأسلوب حياته (العمري، 1986).

مفهوم قلق الموت:

يعرف أرنيست بيكر(Ernest Biker) (المشار إليه في عثمان، 2001) قلق الموت بأنه جملة المشاكل والإضطرابات التي يتعرض لها الفرد في حياته، والتي تقع ضمن إطار الخوف من الموت. ويعرف قلق الموت بأنه حالة إنفعالية مكدرة تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور، وشك وعجز، يعجل تأمل الفرد في وفاته (عبد الخالق، 2005). ويعرف الباحث قلق الموت بأنه مجموعة من الإستجابات الإنفعالية المليئة بمشاعر العجز، والحزن، والرعب المتعلقة بكل ما له علاقة بموضوعات الموت لدى المريض وأهله.

يتخلل قلق الموت حياة بعض الأفراد بجميع جوانبها بشكل مستمر، إذ يرتبط الموت والقلق مع بعضهما البعض، فيسبب الخوف من الموت القلق لدى الأفراد، ويعد قلق الموت المحرك الرئيس لتصرفات الأفراد الإيجابية والسلبية، ويسبب العديد من الإضطرابات والأمراض النفسية، وفي الجانب الآخر يمكن أن يعمل على زيادة القدرة الإبداعية للأفراد. وبما أن قلق الموت هو أحد أنواع القلق العام فيعتبر ذو حدين: حداً معطلاً ومهدداً لحياة الأفراد، حيثُ أن المجتمع المتطور بحاجة إلى شخصيات ذات عقول واعية قادرةً على العمل والتنافس والتفاعل لتحسين نوعية الحياة وزيادة الإقبال عليها. وعند انشغالهم وتفكيرهم بقضية الموت فإن طاقاتهم وقدراتهم تضعف وتصبح

غير قادرة على العمل والإنجاز في تطوير المجتمع والحياة. وفي المقابل يكون الحدُ الثاني لقلق الموت مسهلاً وبناءً لحياة الأفراد، فإذا تم الإستسلام والإعتراف بحقيقة الموت، فأنه يعمل كدافع للإنجاز والإبداع، ويصبح قوة محركة لسلوك الفرد ليعيش حياة طبيعية خالية من أي اضطراب أو فشل. كما أن الإستسلام والإعتراف بحقيقة الموت، يحسن نوعية الحياة لدى الأفراد ويطورها ويجعلها تسير في طريقها الصحيح (معمرية، 2009).

لقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت، باهتمام الأديان بقضية الموت، وقدم تمبلر (Templer, 1970) مقياساً لقلق الموت، وهو أفضل المقاييس في هذا المجال. وفي السبعينات من القرن الماضي وصل موضوع قلق الموت إلى أعلى مستوى، وقد إنبثق عن ذلك مجموعة من المقاييس ومنها: مقياس كولت وليستر (Collett & Lester, 1969) للخوف من الموت، ومقياس ليستر (Lester, 1974) للإتجاه نحو الموت، ومقياس ديكستاين (Dickstein, 1972) للإنشغال بالموت، ومقياس هولتر (Hoelter, 1979) متعدد الأبعاد للخوف من الموت، ومقياس كونت وزملاؤه (Conte et al., 1982) إستخبار قلق الموت. ولقد حدد تمبلر (Templer) درجة قلق الموت لدى الأفراد من خلال الوضع الصحي والنفسي والخبرات البيئية التي يمر بها الأفراد، حيث يصل الأفراد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى درجات أعلى في قلق الموت مقارنةً مع الأفراد الأصحاء (عثمان، 2001).

ويعلم الناس حقيقة الموت بأنه لا مفر منه، دون معرفة وقته، ومكانه، وطريقته، ويقول الحق سبحانه تعالى { وَجَاءَتْ سَكْرَةُ الْمَوْتِ بِالْحَقِّ ۖ ذَٰلِكَ مَا كُنْتَ مِنْهُ تَحِيدُ } (سورة ق، الآية 19).

ويعرف جولدن سن (Goldenson) (المشار إليه في عبد الخالق، 2005) الموت بأنه توقف القلب والعقل عند الكائن العضوي، وتسجيل خط مستقيم (Flat) على جهاز تخطيط القلب (Electro Cardio Gram) لمدة ثلث ساعة. وبين علماء النفس أن مسألة الموت تكمن بعلاقة العقل والجسم، واستجابات الحزن والحداد التي تصدر عن الأشخاص الذين فقدوا مقربين لهم، وأثر ذلك على الجانب النفسي والبدني والمهني، وحجم الإنفعالات والإتجاهات السلبية والمشاعر المكونة لقلق الموت. وبما أن الموتَ خبرةٌ جديدةٌ غامضةٌ فقد شغل بال وعقول الناس، والخوف من الموت قد يكون له عدة أسباب مثل: الخوف من الألم والعقاب، وفقدان ملذات الدنيا، وضعف الإيمان، والإنفصال عن الأحبة والأبناء، وعنصر المفاجأة في الموت، والخوف من النار ويوم القيامة (عبد الخالق، 1987).

النظريات المفسرة لقلق الموت:

قامت مجموعة من النظريات بتفسير ظاهرة قلق الموت بالإستناد إلى المصادر الرئيسة للخوف من الموت وهي: الخوف من الغامض المجهول، والخوف من الحياة بعد الموت، والخوف من الألم والإحتضار، والخوف من الفناء والإنفصال. وترى نظرية العاملين لتمبلر (1970) أن قلق الموت يظهر لدى الأفراد من خلال عاملين هما: مستوى الصحة النفسية للأفراد، حيث تؤثر الحالة النفسية للأفراد في درجة ومستوى قلق الموت لديهم. ومستوى الحالة الجسدية والبدنية والخبرات المرتبطة بالحياة، حيث يؤثر الوضع الجسمي والبدني كذلك في درجة ومستوى قلق الموت لديهم. أما نظرية ليفتون (Lifton) فتركز على مفهوم البقاء الرمزي الذي ينتج عن الرغبة

النفسية للأفراد في التخفيف من درجة الخوف من الموت، ويمثل مفهوم البقاء الرمزي حالة دفاعية لدى للأفراد للتخلص من فكرة تهديد الموت، والتصدي له ومحاربته بواقعيه (معمرية، 2009).

بينما تركز نظرية تدبر الهلع (Terror Management Theory) على فهم عميق للسلوك الإنساني، والعمليات العقلية المرتبطة به، والطرق والآليات التي يتبناها الأفراد من خلال مستواهم الثقافي، للتخلص من قلق الموت المرتفع، ليصلوا إلى قدرٍ من الرضا عن حياتهم، وشعورهم بالخلود (شويخ، 2009).

علاقة قلق الموت بالصحة والمرض:

يمكن أن يرتبط قلق الموت بالحالة الصحية والجسمية والنفسية للأفراد سواء أكان الأفراد أسوياء أم مرضى، إذ أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد أبدوا اهتماماً كبيراً بقضية قلق الموت، كما أن هذا القلق ليس مقتصراً على الأفراد المرضى والمضطربين نفسياً، بل قد يعاني منه الأفراد الأصحاء بدرجات خفيفة ومختلفة. أما الأفراد الذين يتصفون بمستوى عالٍ من قلق الموت فتظهر عليهم حساسية إنفعالية عالية. ويؤكد كاستن بام (Kastenbaum, 1992) (المشار إليه في عبد الخالق، 2005) أن الأفراد الذين حصلوا على درجات عالية في القلق العام، قد حصلوا على درجات مماثلة لها على مقياس قلق الموت وبنسبة تباين (20%) بين المقياسين. وأن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى مرضى الأمراض الخطيرة والمزمنة هو الإكتئاب، حيثُ يرتبط قلق الموت بمشاعر وأفكار الشخص المكتئب المتصلة بالموت وبالحوادث المؤلمة التي تصيبه، ويضيف تمبلر (Templer) أن هناك علاقة إرتباط قوية بين قلق الموت والإكتئاب، اذ

يعتبر الإكتئاب جزءاً منه، وكما يمكن التقليل من مستوى قلق الموت لدى الأفراد المكتئبين من خلال خفض وعلاج أعراض الإكتئاب (عبد الخالق، 2005).

أما بالنسبة للأمراض الجسدية فتوصف العلاقة بين مجال الصحة الجسدية وقلق الموت بأنها معقدة، إذ يرتبط قلق الموت بالصحة الجسمية، ويزداد قلق الموت لدى الأفراد المصابين بالأمراض الجسمية المزمنة والخطيرة، لأن الوضع الصحي للأفراد يؤثر على درجة إنشغالهم وتفكيرهم بالموت. ولقد أدى الإهتمام بالصحة الجسمية إلى قلة عدد الوفيات نتيجة التقدم العلمي، ورغبة الأفراد في معرفة المعلومات الطبية والصحية، والإستفادة منها لحماية أنفسهم من الأمراض، حيث يميل الأفراد ذو الدرجة المرتفعة في قلق الموت إلى زيارة عيادات الأطباء أكثر من الأفراد الذين لديهم درجة قليلة في قلق الموت، وإلى كثرة طرح الأسئلة الصحية وخصوصاً الإناث. ويمكن أن يزداد قلق الموت لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة وخطيرة، كالسرطان، وجراحة القلب، والفشل الكلوي الذين يرقدون على أسرة الشفاء أكثر من المرضى الآخرين. في حين أظهر مرضى الفشل الكلوي مستويات متوسطة في قلق الموت، ومن الممكن أن نستخلص بأن الحالة المرضية والصحية للأفراد ذو تأثير كبير في زيادة مستوى قلق الموت، وخصوصاً من جانب المرضى المصابين بالأمراض التي ينجم عنها موت فعلي (Dozier et al., 2013).

علاقة قلق الموت بالتدين:

اهتمت معظم الديانات والمعتقدات بقضية الموت عبر التاريخ، وخصوصاً الحضارة المصرية القديمة التي اهتمت بمقابر الموتى. وكما يعُّد الموت (Death) من القضايا الرئيسة

الهامة التي شغلت البشرية منذ التاريخ، وعبر عنه العرب بأنه معاكس للحياة فيه قضاء على كل الأفعال (العودات، 1992).

واختلفت الآراء في حقيقة الموت، هل هو موت الروح أم البدن؟ فقالوا أن الروح هي التي تموت وليس البدن، لأن الروح هي النفس، ولقد ذكر ذلك في القرآن الكريم إذ قال تعالى { كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ ۗ} (سورة آل عمران، الآية 185). ولا يبقى إلا الله وحده، وقال آخرون إن الأرواح لا تموت بل الذي يموت هو البدن، وأن الحياة بعد الموت من أصول الدين الإسلامي، ولقد بين الإسلام حكمته في الحياة والموت ليختبر الإنسان. وبعد معرفة الإنسان بحكمة الله في الحياة الدنيا وحقيقة الموت وطبيعته، فلا داعي للإنسان أن يخاف الموت أو يقلق منه، فلقد حبب الإسلام الموت للناس، وبزيادة إيمان الإنسان يتلاشى خوفه من الموت، ويزداد سكينة وطمأنينة، وأن الأشخاص المتدينين لا يخافون الموت بل ينتظرونه بفارغ الصبر (إبن قيم الجوزية، 1975).

ويؤكد الدين الإسلامي الحنيف على حقيقة الموت بأنها حتمية ومطلقة لا تقبل الشك والجدل أو النقاش، وأن الإنسان لا يستطيع مواجهة الموت أو التصدي له أو التخلص منه، ويقول الحق سبحانه وتعالى: {الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا ۚ وَهُوَ الْعَزِيزُ الْغَفُورُ} (سورة الملك، الآية 2). وكما بين الدين الإسلامي أن للموت والحياة قوانين تحكمهما، وأننا لا نعلم إلا القليل والظاهر منها، والذي نراه فقط في أوقات اليقظة، وأن ما نراه في حالة اليقظة من الأشياء المادية ما هو إلا جزء بسيط مما هو موجود، حيث لا يشعر الناس بمرور الوقت والزمان في حالة النوم التي لا تخضع للقوانين والأنظمة (الشعراوي، 1991).

وتشير الدلائل إلى أن القيم الدينية يمكن أن تعمل على خفض درجة الخوف من الموت. ولقد أجرى مجموعة من الباحثين (23) بحثاً للكشف عن العلاقة بين قلق الموت والتدين، حيث أظهرت عشرة منها، بأن عوامل الدين تعمل على خفض درجة الخوف من الموت، وسبعة منها لم تجد أي علاقة ارتباطية، ويفسر ذلك بأن الشخص الملحد لا يؤمن بوجود عذاب يخشاه أو نعيم يتوقعه، ويكون مستوى قلق الموت لديه مساوياً للمؤمن، أو أن الدين لا يعتبر محدداً لمستوى قلق الموت لدى معظم الناس. في حين وجدت ثلاثة من هذه الابحاث علاقات منحنية، يفسر ذلك بأن قلق الموت يكون مرتفعاً لدى أصحاب مستوى التدين المتوسط ويكون منخفضاً لدى أصحاب مستوى التدين القوي. أما الثلاثة الأخرى فقد وجدت علاقات موجبة بينهما، وفسرت بأن الايمان القوي بالله سبحانه وتعالى يقلل من درجة انشغالهم وتفكيرهم بالموت (عبد الخالق، 1987).

قلق الموت وعلاقته بالمتغيرات الإجتماعية:

تلعب الظروف الإجتماعية والإقتصادية دوراً مؤثراً في مستويات قلق الموت لدى أفراد البيئات ذات الدخل والمستوى التعليمي المرتفع، وتعمل هذه المتغيرات كحماية لأفرادها من مستوى مرتفع لقلق الموت، لأن حجم الإرتباطات كبير فيما بينها. ولم تتفق نتائج الدراسات حول درجة تأثر نوع الجنس ذكراً أم أنثى بمستويات قلق الموت، حيث بينت النتائج على أن النساء اكثر خوفاً من الموت مقارنة بالرجال (عوض، 2008). وكما أكدت بعض الدراسات بأن مستويات الخوف من الموت لدى الإناث مساوٍ لمستوى خوف امهاتهن ويختلف لدى أبنائهن (Theorfilou, 2011). بينما أكدت النتائج الأخرى عدم وجود فروق في درجة قلق الموت تعزى للجنس (ياسين، 2011).

أما بالنسبة للحالة الإجتماعية وعلاقتها بقلق الموت، فتؤثر الحالة الإجتماعية أعزب، متزوج، أرمل، بمستويات قلق الموت ودرجته، والتي تراوحت من البسيطة إلى عديمة التأثير. حيث يتهرب كبار السن من الأرامل عن الحديث في أي موضوع يتعلق بالموت، بينما يميل المتزوجون والمطلقون إلى الحديث والإهتمام بقضية الموت (Tavakoli & Ahmadzadeh, 2011).

وكشف مكان الإقامة الذي يعيش فيه الأفراد كالريف، والمدينة، والمؤسسات خاصة دور رعاية المسنين، عن درجة تأثيره على مستوى قلق الموت لدى الأفراد، والتي اختلفت كذلك حسب مستوى ثقافتهم، وبينما أظهرت بعض المجتمعات التي تقطن الريف والمدينة عدم اهتمام بقضية الموت، أظهرت مجتمعات أخرى أهتمامها بدرجة كبيرة بقضية الموت، ولقد أثبتت هذه المجتمعات أن لمكان الإقامة علاقة قوية بقلق الموت. وكما أن لحجم الأسرة وعدد أفرادها أثر كبير في زيادة درجة قلق الموت لديهم (عثمان، 2001).

قلق الموت وعلاقته بالشخصية:

يعتبر قلق الموت عاملاً معقداً يتم المرور به بشدة مختلفة أو متغيرة خلال حياة الشخص، كما أنه يتأثر بعدد من العوامل مثل: الحوادث، والبيئة، والعمر، والجنس. ويعتقد فرانكل (1975) أن قلق الموت يؤثر على الشخصية والصحة العقلية، في حين يؤدي الوعي بالموت إلى أزمات وجودية حادة. وأن العلاقة بين السمات الشخصية والعوامل ذات العلاقة بقلق الموت مثل: العيش في عزلة، والغضب، والعدوانية، وأهمية الوقت، والأمراض العصبية، والشعور بالخوف، والشعور بالذنب، والإحباط، والتوتر، وغياب الثقة بالذات، وغياب تقدير الذات، والشخصيات من

النوع " أ" (Typ A Personality) التي تتميز بالسرعة، والنشاط، والعدوانية وعدم الصبر، وقلة الإلتزام بالوقت (Tavakoli & Ahmadzadeh, 2012).

ويرتبط قلق الموت بجميع أنماط الشخصية بدرجات متفاوتة غير محددة لدى الأفراد العاديين والمرضى، وأن الأفراد ذو القلق المرتفع، لديهم انفتاحاً وتعاطفاً مع الآخرين وأقل عدوانية وإتكالية، كما أن الصحبة الجيدة، والعلاقات الطيبة، وعدد الأصدقاء وزيادة التواصل فيما بينهم يعمل على التقليل من التفكير بالموت، ويؤثر بشكل إيجابي في مستوى رضا الأفراد عن حياتهم. وعلى العكس من ذلك يمكن أن ترتبط العصبية ونمط السلوك "أ" بشكل إيجابي مع قلق الموت وبشكل سلبي مع ضغوط الحياة (Bayat et al., 2012).

أساليب علاج قلق الموت:

يعُد العلاج النفسي من أفضل الأساليب العلاجية المستخدمة لقلق الموت. وحتى نصل إلى علاج مناسب للمرضى يجب الإهتمام ببنيتهم المعرفية، ومعتقداتهم، وتحويل الخوف من الموت إلى مشكلة يمكن السيطرة عليها، وزيادة ثقتهم بأنفسهم، وكيفية التعامل مع مشكلاتهم، وإشراكهم في وضع خطة للعلاج، ومن ألاساليب العلاجية المستخدمة ما يلي:

1- العلاج بالمعنى: أسلوب علاجي يعمل على مساعدة المرضى على إيجاد معنى للحياة، وتخليصهم من المشاكل النفسية والعصبية، ويتطلب ذلك معرفة الإتجاهات والقيم الإبداعية والإختيارية لديهم، حتى يستطيع كل مريض الوصول إلى العلاج الخاص به، ويقوم العلاج بالمعنى على تطوير الرابطة الودية مع المرضى، وبناء العلاقات الطيبة، والحصول على معلومات عن مختلف الأنشطة التي يمارسونها، والتي تساعد المعالج في تغير إتجاهاتهم عن

حياتهم. والإهتمام بمشاعر المرضى أثناء إقامتهم في المستشفى، وردود أفعال أسرهم تجاه حالتهم الصحية. والخوف من الإحتضار، وتغيير إهتماماتهم بعملية الإحتضار إلى مجالات ذات أهمية لديهم، والعمل على زيادة تفاعلهم مع المختصين بعلاجهم.

2 – التحصين: ويعُد أحد أساليب العلاج التي تعتمد على تقليل الإستجابات لدى الأفراد من خلال تكرار المنبهات. ومن خلال تعريض المرضى لمواقف مخيفة بشكل تدريجي، وملاحظة درجة الإثارة عندهم، ولم يقتصر هذا الأسلوب على علاج المخاوف المرضية، بل استخدم مع عدد كبير من الحالات المرضية الأخرى.

3– التنويم: هو من الأساليب العلاجية التي تصل بالفرد إلى درجة من الإسترخاء التام وعدم التفكير بما حوله (عبد الخالق، 2005).

الرضا عن الحياة: Life satisfaction

يمثل الشعور بالرضا عن الحياة بشكل عام كافة الأعمال التي تشمل حياة الأفراد، من أوقات الفراغ، والزواج ومجالات الحياة العامة. وتشكل العلاقات الإجتماعية، والعمل، ونشاط أوقات الفراغ مصدراً رئيساً من المصادر الكبرى لشعور الأفراد بالرضا عن حياتهم. وتؤثر ظروف الحياة بشكل كبير على مستوى رضا الأفراد عن حياتهم، ويعيش الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة ولا يشكون من الأمراض، والمستقرون في حياتهم الزوجية، والذين يعملون بأعمال تناسبهم، وأنهم أكثر سعادة من الآخرين الذين ليس لديهم عمل وغير مستقرين في حياتهم الزوجية. وكما أن الخبرات السارة التي تتخلل حياة الأفراد تولد لديهم سعادة وشعوراً إيجابياً تجاه حياتهم ورضا عن الحياة ككل. ويزداد شعور الأفراد بالرضا عن الحياة حينما يكون الطموح والإنجاز كبيرين لديهم،

ويعتمد الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأفراد على التقديرات الذاتية التي يكونوها عن أنفسهم تجاه الآخرين (أرجايل، 1998).

وتعرف علوان (2008) الرضا عن الحياة، بأنه امتلاك الأفراد لمجموعة من الصفات كالتفاؤل، والحماس، وتقبل الذات، واحترامها، والقبول بالواقع، والإستقلال المعرفي الذي يصل بالأفراد إلى حالة من الشعور بالسعادة. ويعرف الرضا عن الحياة "بتحمس الفرد للحياة والإقبال عليها والرغبة الحقيقية في أن يعيش، ويتضمن ذلك عدداً من الصفات أهمها؛ الإستبشار، والتفاؤل، وتوقع الخير، والرضا عن النفس وتقبلها وأحترامها" (الدسوقي، 1999، ص2). ويعرف الرضا عن الحياة بأنه مستوى تقدير الفرد العقلي للحياة التي يعيشها بجميع مجالاتها المختلفة ككل أو الحكم بالرضا عن الحياة (ارجايل، 1988).

ويعرف الرضا عن الحياة بأنه "شعور الفرد بالفرح والسعادة والراحة والطمأنينة وإقباله على الحياة بحيوية نتيجة تقبله لذاته وعلاقاته الإجتماعية ورضاه عن إشباع حاجاته" (المجدلاولي، 2012، ص 211). ويعرف (الديب) (المشار إليه في ربابعة، 2013) الرضا عن الحياة بأنه تقبل الفرد لذاته ولحياته وأسرته وأصدقائه، وشعور الفرد بسعادة تجاه عمله، ويظهر من خلال الرضا عن منجزاته، ومستقبله، وبيئته، وأهدافه. ويعرف الباحث الرضا عن الحياة بأنه شعور الفرد بدرجة كبيرة من السعاده، تجاه نفسة والآخرين وعمله، وتقبله لكافة جوانب حياته.

النظريات المفسرة للرضا عن الحياة: Life Satisfaction Theory

تشير نظرية التقييم (Evalution Theory) إلى أن هناك معايير يتم من خلالها الحكم على شعورناً بالرضا عن الحياة، تكون مرتبطة بالأفراد ومزاجهم، والقيم السائدة في البيئة التي يعيشون فيها، والظروف المحيطة بهم. وتؤكد نظرية التكيف أو التعود (Adaptation Theory) بأن الأفراد يختلفون بطباعهم وتصرفاتهم وسماتهم وأهدافهم ونظرتهم إلى الحياة حسب الظروف والأحداث الجديدة في حياتهم، بإختلاف أنماط شخصياتهم. وبمرور الوقت يعودون إلى طببيعتهم التي كانوا عليها قبل هذه الاحداث الجديدة، نتيجة عامل التعود والتكيف والتأقلم مع هذه الاحداث الجديدة (أرجايل، 1993).

بينما يشير نموذج المقارنة الإجتماعية (Social Comparison Models) إلى المقارنة بين الأفراد ضمن المعايير الموضوعية، والثقافية، والإقتصادية، والإجتماعية، والتوقعات الفردية، والمادية وما تم التوصل إليه أو تم إنجازه في الواقع للحكم على الرضا عن الحياة لدى الأفراد. لأن المقارنة تولد مستويات مختلفة من الرضا عن الحياة لدى أبناء المجتمع، وخصوصاً اذا تمت المقارنة في حدود المجتمع وثقافته. أما نظرية القيم والأهداف والمعاني فإنها ترى بأن الرضا عن الحياة مرتبط بمدى وصول الأفراد إلى أهدافهم التي تتناسب مع مستوياتهم الثقافية، والإقتصادية، والإجتماعية، ومستوى طموحاتهم كل حسب البيئة التي يعيش فيها، والمرحلة العمرية، والسمات الشخصية. حيث أن الأفراد الذين لم يحققوا أهدافهم يشعرون بعدم الرضا عن حياتهم، وعلى العكس من ذلك فإن الأفراد الذين يحققون أهدافهم يشعرون برضا عن حياتهم (Diener, & Rahtz, 2000).

علاقة الرضا عن الحياة بالصحة والمرض:

إن تقييم مستوى الرضا عن الحياة قد أصبح من المواضيع المهمة التي استحوذت على اهتمام الباحثين والعاملين في مجال الخدمات الصحية المختلفة، وخصوصاً لدى مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة، لأن الرضا عن الحياة لدى المرضى أصبح مرتبطاً بمدى التزامهم بالبرامج العلاجية المقدمة لهم، إضافة إلى ذلك فلقد أصبح أحد المخرجات الرئيسة التي تهدف معظم البرامج العلاجية لتحقيقها لدى المرضى (Wesserfallen et al., 2006).

وتؤثر درجة ومدة الإصابة بالمرض في مستويات الرضا عن الحياة لدى جميع الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة والخطيرة بدرجات مختلفة، متدنية، ومتوسطة، وعالية لمستويات الرضا عن الحياة. أما بالنسبة لمرضى الفشل الكلوي الذين يخضعون لغسيل الكلى، فقد كانت مستويات رضاهم عن الحياة بدرجة متوسطة وذات علاقة مرتبطة بدرجة الإصابة والأمراض المتلازمة لأمراض الكلى (Westlie, Umen, Nestrud & Kjellstrand, 1984).

ويؤكد المجدلاوي (2012) أن تعرض الأفراد للإصابة بالمرض تعُد انتكاسة، وخصوصاً لدى الأفراد الذين يعملون، فيؤدي المرض إلى عدم قدرتهم على ممارسة حياتهم وأعمالهم بشكل طبيعي، وعدم قدرتهم على إشباع حاجاتهم الجسمية والإقتصادية، الأمر الذي يحرمهم العديد من الحاجات ويشعرهم بالإحباط، والقلق، وسوء التوافق، واليأس والنظرة التشاؤمية نحو المستقبل، مما يجعلهم غير راضين عن حياتهم، وتظهر لديهم الأعراض النفسجسمية. حيث تبرز أهمية الرضا عن الحياة في درجة إقبال الأفراد على الحياة بحيوية، فالرضا عن الحياة أحد دلالات الصحة

النفسية والجسدية، ففرح الأفراد، وتقبلهم لذاتهم والأخرين، وبناء العلاقات الإجتماعية، وشعورهم بالسعادة، كلها مؤشرات على رضا الأفراد لذاتهم عن حياتهم وصحتهم الجسدية والنفسية.

وذكر ماتاس وزملاؤه (Matas et al., 2002) أنه ومع زيادة فرص الحياة لدى مرضى غسيل الكلى نتيجة لتطور الطب، أصبح التركيز بشكل أكبر على تحسين الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي. وتهدف عملية زراعة الكلى وعمليات غسيل الكلى بشكل أساسي إلى تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى هذه الفئة من المرضى. وركزت دراسة جورليمون، فنجنيجا (Joralemon & Funjinaga, 1997) على الرضا عن الحياة في فترات معينة من حياة مرضى الفشل الكلوي، بينما لم يتم التركيز على تتبع مستويات الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في فترات متباعدة.

ويشير كيرجسنر وزملاؤه (Kirchgessner et al., 2006) إلى أن الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي يتكون من عدة أبعاد من أهمها، رضاهم عن مستوى نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهم. وأكّدت بعض الدّراسات السابقة مثل دراسة روبن، فنك وبلاتنغا (Rubin, Fink & Platinga, 2004) أن رضا مرضى غسيل الكلى والفشل الكلوي مرتبط بعدة متغيرات من أهمها نظرة المرضى إلى الرعاية الصحية المقدمة. مما ينعكس سلباً أو إيجاباً على مستوى رضاهم عن الحياة بشكل عام وعلى شعورهم بالعجز نتيجة للمرض.

يؤكد موهير وبيكر (Muehree & Becker, 2005) بأن هناك مجموعة من العوامل تؤثر على نوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، وهي عدم مقدرتهم في الحصول على عمل،

وكذلك إنخفاض مستوى قدرتهم على الإنجاز والعطاء وهذا يؤثر سلباً على مستوى رضاهم عن حياتهم وبذلك ينعكس على الحالة النفسية لديهم.

وبما أن الرضا عن الحياة يشتمل على الكثير من مجالات حياة الأفراد، فإن مفهوم الرضا عن الحياة من المفاهيم الهامة للبحوث التي تجرى في مجال الصحة العامة التي تخدم البشرية. وأن الأعراض الجسدية والإعاقات الخلقية الناتجة من الأمراض المزمنة والخطيرة لدى المرضى تعمل على خفض مستوى كفاءتهم الوظيفية في جميع مجالات الحياة. وتختلف العلامات الكلية للمرض بدلالة ما يخص المرض الذي يعاني منه الفرد، ووضع الأسرة ومدة المرض، والعمر، وفي الأغلب تكون أعلى العلامات لدى الأشخاص السليمين، وأدناها لدى مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة، والإعاقات (Bussing et al., 2009).

علاقة الرضا عن الحياة بالعمر والجنس:

تعمل الأنشطة السارة التي يقوم بها الأفراد في جميع مجالات حياتهم على زيادة مستوى رضاهم عن حياتهم، ومن خلال عدد مرات حدوث الإستمتاع بهذه الأنشطة، وبشكل كبير مع تقدم العمر، وأن الأفراد الأكبر سناً أكثر شعوراً بالرضا عن الحياة، وهذا ناتج عن نقصان في مستوى الطموح والإنجاز لديهم وتقبلهم للأمور كما هي. ويلعب العمر دوراً كبيراً في خفض الكثير من المشاعر السلبية، ودرجة التوتر لدى الأفراد الأكبر سناً، في حين تزداد الإضطرابات والمشاعر والتوتر لدى من هم في سن (30-40) سنه، ومن أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً في هذه الفترة مرض الإكتئاب وخصوصاً لدى النساء، والذي تصاحبه الأمراض النفسية والنفسجسمية، وتزداد هذه الأمراض مع تقدم العمر، وتزداد إحتمالية الموت حتى سن متأخرة من العمر، وكما أن الموت

والحياة يعتمدان على إرادة الأفراد في الإقبال على الحياة، ومدى تمسكهم بها، وتقل إرادة تمسكهم بالحياة نتيجة ضعف الصحة لديهم وانعزالهم إجتماعياً عن الآخرين (أرجايل، 1998).

الآثار النفسية والإجتماعية الناتجة عن مرض الفشل الكلوي:

تعد الآثار النفسية والإجتماعية التي تظهر على مرضى الفشل الكلوي ذات أثر بالغ في حياتهم، حيث يصاب بعض المرضى بالإكتئاب والقلق، وتنقسم الآثار النفسية والإجتماعية التي تظهر عليهم إلى مرحلتين: حيث يصاب المريض في المرحلة الأولى بالصدمة، ويعاني أيضاً من الحرمان، واليأس والعجز، وأخيراً القبول والرضا. أما في المرحلة الأخيرة من المرض فتظهر أعراض مشتركة منها: الكآبة، والقلق، والتغيرات السلوكية، وضعف التركيز، وتدني الدافعية، والغضب، والإنكار، حيث تتراوح درجة الإصابة بالاكتئاب (5%–60%) نتيجة فقدان الكلية، كما تتأثر القدرات المعرفية والجنسية، ويتراجع دور المريض في الأسرة والعمل، والحياة الإجتماعية، ويعتبر الإكتئاب من أكثر المشاكل شيوعاً لدى مرضى الفشل الكلوي بسب المخاطر الناتجة عن عدم الإمتثال للغسيل الكلوي، ونظام الدواء، وقد يعاني بعض المرضى من اضطرابات عدوانية في السلوك موجهة نحو الموظفين العاملين في وحدة الغسيل (Levy, Morgan & Brown, 2004).

كما يعاني مرضى الفشل الكلوي من ضغوط نفسية واجتماعية التي قد تؤثر على جميع جوانب حياتهم الوظيفية، متمثلة في العجز الجنسي، والقيود الغذائية، وضيق الوقت، والخوف من الموت، والصراعات في العلاقات الزوجية والشخصية، والإهتمامات الإجتماعية والإقتصادية، وتكاليف العلاج العالية (Daugirbas, Blakc & Ing, 2007).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يعُد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة الخطيرة التي تؤثر على الحالة النفسية للفرد، وبطبيعة الحال، فإن قلق الموت يتأثر بالكثير من العوامل والمتغيرات، ومن هذه المتغيرات الرضا عن الحياة، حيث أن لهذا المتغير أهمية وأثراً على جميع جوانب الحياة.

ومن خلال ملاحظة الباحث لما يعانيه مرضى الفشل الكلوي من مشكلات نفسية، كالقلق، والخوف من الموت، وغيرها من الأمراض أثناء وجودهم داخل أقسام المستشفى. إضافه إلى غياب البرامج والإستشارات النفسية التي تعمل على التخفيف من درجة القلق والخوف من الموت لديهم، وكذلك من خلال إطلاع الباحث على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بكل من متغيري قلق الموت والرضا عن الحياة، تبين للباحث عدم وجود دراسات تناولت المتغيرات سابقة الذكر مجتمعة.

وبالنظر إلى ما يسببه قلق الموت من مشكلات وأزمات للأفراد في مختلف جوانب حياتهم، وخصوصاً الجانب النفسي، حيث أن قلق الموت له آثار نفسية سلبية على الفرد والمجتمع، فإنه ومما لا شك فيه أن مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة هم أكثر شرائح المجتمع تعرضاً للقلق، لذا جاءت الدراسة الحالية للتحقق من مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

وعلى وجه التحديد ستحاول هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟.

2. ما مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟.

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري؟.

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري؟.

5. هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) بين مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي؟.

أهمية الدراسة:

ترتكز أهمية هذه الدراسة على تناولها أحد الأمراض الخطيرة والمزمنة، والتي تؤثر على جوانب متعددة من حياة الفرد الجسمية والنفسية، والإجتماعية، والوظيفية.

الأهمية النظرية:

تبرز الأهمية النظرية في أنها ستلقي الضوء على أهم الجوانب النفسية في حياة المرضى، خصوصاً في مجال الخدمة الطبية المقدمة والمرتبطة بقلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، ومعرفة مستوى قلق الموت والرضا عن الحياة لدى المرضى محل

الدراسة، لما لقلق الموت من آثار على حياة المرضى النفسية والجسدية في مستوى الرضا عن الحياة، ويمكن لنتائج هذه الدراسة تقديم فوائد عملية في الميدان الطبي والنفسي، والتوعية الإرشادية لأفراد المجتمع الذين لهم علاقة بمرضى الفشل الكلوي، مما يجعلهم أكثر قدرة على التعامل والتفاعل معهم.

الأهمية التطبيقية:

يأمل الباحث من هذه الدراسة أن تفضي إلى نتائج من شأنها أن تزيد الإهتمام بهذه الفئة من المرضى في المستشفيات الأردنية، وذلك من خلال تقديم الخدمات الإرشادية، وتطوير استراتيجيات التعامل معهم لتخفيف درجة قلق الموت لديهم، ومساعدة المسؤولين والمختصين والمهنيين في المجال النفسي والطبي بوضع البرامج العلاجية المناسبة لهم، ونشر أهمية العلاج النفسي للمصابين بهذا المرض.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية:

قلق الموت: يعرف بأنه حالة إنفعالية مكدرة تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور، وشك وعجز، يعجل تأمل الفرد في وفاته (عبد الخالق، 2005). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس قلق الموت المستخدم في هذه الدراسة.

الرضا عن الحياة: يعرف بأنه امتلاك الأفراد لمجموعة من الصفات، كالتفاؤل، والحماس، وتقبل الذات وإحترامها، والقبول بالواقع، والإستقلال المعرفي، تصل بالأفراد إلى حالة من الشعور بالسعادة (علوان، 2008). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الرضا عن الحياة المستخدم في هذه الدراسة.

الفشل الكلوي: هو ضعف في عمل الكلية ووظائفها وعدم قدرتها على تنقية الدم وتخليص الجسم من الفضلات والسوائل واليوريا في الجسم (البار، 1992).

محددات الدراسة:

- **الحدود الزمانية:** أجريت هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام 2014/2013.
- **الحدود المكانية:** أجريت هذه الدراسة في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد في المملكة الأردنية الهاشمية.
- **الأدوات:** يحدد تعميم نتائج الدراسة بطبيعة الأدوات والمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة من حيث صدقها وثباتها.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت قلق الموت:

توصلت الدراسة التي قام بها الصمادي وغوانمة (2003) للتعرف على مستوى قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب في مركز الملكة علياء لجراحة القلب، وتكونت عينة الدراسة من (197) مريضاً بالقلب (119 ذكور، 78 إناث) تم اختيارهم عشوائيا. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طرديه قوية بين قلق الموت ونمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب، وبينت نتائج الدراسة إلى أن هناك مستوى منخفضاً من قلق الموت لدى أفراد العينة، وكما أشارت النتائج بمستوى دال إحصائياً لمتغيرات الدعم الإجتماعي، والتدين، والجنس لصالح الإناث، بينما متغيرات العمر، وكمية التدخين، والمستوى التعليمي لم تعط مستوى دال إحصائياً في قلق الموت.

أجرى ألن وزملاؤه (Alan et al., 2004) دراسة في مدينة سان فرنسيسكو الأمريكية هدفت التعرف على مستويات أمراض الكلى المزمنة وعلاقتها بقلق الموت والأمراض القلبية والدخول إلى المستشفى. تكونت عينة الدراسة من (1,120,295) من مرضى الأمراض المزمنة الذين تم الحصول على بياناتهم بالرجوع إلى المعلومات الطبية المتوافرة في مدينة سان فرنسيسكو الأمريكية. أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى الفشل الكلوي يعانون من أمراض متزامنة مع الفشل الكلوي، مثل أمراض القلب وارتفاع مستويات ضغط الدم. وأظهرت النتائج أن مستوى إنتشار

الأمراض المرتبطة بالكلى كان بدرجة متوسطة، وأن العديد منهم يحتاجون إلى زراعة كلية، وبينت النتائج أن مستوى قلق الموت كانت درجته متوسطة.

قامت عوض (2008) بدراسة في منطقة عكا بفلسطين هدفت التعرف على مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان ومرضى القلب ومرضى السكري، وتكونت عينة الدراسة من (458) مريضاً ومريضه، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك درجة متوسطة من قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة، ووجود فروق دالة إحصائياً لمتغير الجنس بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت، إذ كانت درجات الإناث أعلى من درجات الذكور، ووجود فروق دالة إحصائياً لمتغير العمر لصالح المرضى الأقل عمراً، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب على مقياس قلق الموت، وكانت درجات مرضى السرطان أعلى من درجات مرضى السكري والقلب.

أجرت هيداياتي وزملاؤها (Hedayati et al., 2008) دراسة في ولاية تكساس الأمريكية هدفت التعرف على مستويات الإكتئاب ومستويات قلق الموت لمرضى غسيل الكلى عند دخولهم المستشفى. تكونت عينة الدراسة من (98) من مرضى غسيل الكلى، وأظهرت نتائج الدراسة أن (25%) من مرضى غسيل الكلى يعانون من الإكتئاب. كما أظهرت وجود فروق في مستويات الإكتئاب لدى المرضى تعزى إلى متغير العمر لصالح الأكبر عمراً، ومتغير الجنس لصالح الذكور، وبينت نتائج الدراسة أيضاً وجود فروق في مستويات قلق الموت تعزى إلى العمر لصالح المرضى الأكبر عمراً، بينما لم تسجل الدراسة وجود فروق تعزى إلى الجنس في مستوى قلق الموت.

وفي الدراسة التي أجراها ثيوفيلو (Theorfilou, 2011) في اليونان، والتي هدفت إلى التعرف على مستويات الإكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن، والتعرف على أثر بعض الخصائص الديمغرافية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن على مستويات القلق والإكتئاب، إذ تكونت عينة الدراسة من (144) مريضاً من مرضى مرض الفشل الكلوي الذين تم اختيارهم من ثلاثة مستشفيات في مدينة أثينا اليونانية، أظهرت النتائج وجود فروق تعزى إلى الجنس لصالح الإناث في مستويات سمة القلق. ووجود فروق تعزى إلى العمر لصالح المرضى الأكبر عمراً في مستويات القلق، كما أظهرت النتائج وجود فروق تعزى إلى المستوى التعليمي لصالح المرضى الأقل تعليماً في مستويات الإكتئاب.

وهدفت الدراسة التي أجراها كوهلي، باترا، واجروال (Kohli, Batra & Aggarwal, 2011) إلى التعرف على مستويات القلق ومركز الضبط واستراتيجيات التكيف لدى عينة من مرضى الكلى. تكونت عينة الدراسة من (30) من مرضى غسيل الكلى و(30) من الأفراد العاديين الذين تم اختيارهم عشوائياً من مدينة بومبي الهندية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى حالة وسمة القلق كان مرتفعاً لدى مرضى الفشل الكلوي مقارنة مع الأفراد العاديين، وأن مستوى مركز الضبط كان مرتفعاً لدى مرضى الفشل الكلوي مقارنة مع الأفراد العاديين، وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق في استراتيجيات التكيف المستخدمة بين مرضى غسيل الكلى والأفراد العاديين، حيث يعتمد مرضى غسيل الكلى على الدعم والمؤازرة كإحدى استراتيجيات التكيف مع المرض، بينما يستخدم المرضى العاديون استراتيجيات حل المشكلات.

وأجرت ياسين (2011) دراسة هدفت إلى تقصي مستوى قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان الرئة، والعظام، وعلاقته ببعض المتغيرات في مستشفى البشير في الأردن، وتكونت العينة من (154) مريضاً، منهم (81) من الذكور و (73) من الإناث، تراوحت أعمارهم مابين (18-82) سنة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى مرضى السرطان الرئة والعظام، وبينت عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.

أجرى كل من أنفار، وجافادابور وزاده (Anvar, Javadpour & Zadeh, 2012) دراسة في إيران، هدفت إلى تقييم مستويات قلق الموت وعلاقته مع بعض المتغيرات لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة، كما هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الموت وشدة المرض ومستويات الإكتئاب والمعتقدات الدينية. تكونت عينة الدراسة من (150) مريضاً وشخصاً، منهم (50) من مرضى الأمراض الشديدة، و(50) من مقدمي الرعاية للمرضى و(50) من الأشخاص العاديين تم اختيارهم عشوائياً. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت كان مرتفعاً لدى مرضى الأمراض المزمنة ممن تقدم لهم الرعاية. بينما كان مستوى قلق الموت منخفضاً لدى الأفراد العاديين، كما أظهرت النتائج وجود علاقات إرتباطية موجبة بين مستوى الإكتئاب وشدة المرض وبين قلق الموت لدى مرضى الأمراض الشديدة، ووجود علاقة إرتباطية سالبة بين ارتفاع مستوى المعتقدات الدينية وبين إنخفاض مستويات قلق الموت.

أجرى بايات وزملاؤه (Bayat et al., 2012) دراسة في مدينة أصفهان الإيرانية هدفت إلى إجراء تقييم نفسي لدى مرضى غسيل الكلى. تكونت عينة الدراسة من (218) مريضاً من

مرضى غسيل الكلى. بينت نتائج الدراسة أن الدعم الأسري كان من أكثر مصادر الدعم الإجتماعي التي يحصل عليها مرضى الفشل الكلوي، كما أظهرت النتائج أن (43.6%) من مرضى غسيل الكلى قد سجلوا أعراض الإكتئاب وأن (43.1%) قد سجلوا أعراض القلق.

قام بوسالا وزملاؤه (Bossola et al., 2012) بدراسة في إيطاليا هدفت التعرف على أعراض الإكتئاب والقلق طويل المدى لدى عينة مكونة من (80) مريضاً من مرضى غسيل الكلى المزمن. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات القلق والإكتئاب قد بقيت مستقرة لدى (19) من أفراد عينة الدراسة، بينما ازدادت مستويات القلق والإكتئاب لدى (19) من أفراد العينة. وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة المرض وبين تطور مستويات القلق والإكتئاب لدى أفراد العينة.

وقام كل من ميلر، ولي، وهاندرسون (Miller, Lee & Henderson, 2012) بدراسة وصفية تحليلية في ولاية تكساس الأمريكية هدفت التعرف على مستويات قلق الموت لدى مرضى مرض نقص المناعة المكتسبة. تكونت عينة الدراسة من (18) دراسة سابقة تم الحصول عليها بالرجوع إلى مجموعة من قواعد البيانات الطبية والنفسية. أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات قلق الموت تراوحت من منخفض إلى متوسط، كما أظهرت وجود فروق تعزى الى متغير العمر في مستويات قلق الموت لدى مرضى مرض نقص المناعة المكتسبة لصالح المرضى الأقل عمراً. وبينت النتائج أن الدعم الإجتماعي المقدم من أفراد الأسرة والأصدقاء يعد أحد عوامل المساعدة في تخفيض مستويات قلق الموت لدى مرضى مرض نقص المناعة المكتسبة.

أجرى دوزير وزملاؤه (Dozier et al., 2013) دراسة في ولاية كاليفورنيا الأمريكية، هدفت التعرف على العوامل المرتبطة بقلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، لدى عينة مكونة من (223) مريضاً من مرضى الفشل الكلوي الذين تم تتبع بياناتهم المرضية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات التفكير بالموت كانت مرتفعة لدى مرضى الفشل الكلوي، نتيجة لعدة ظروف من أهمها، الحاجة إلى زراعة الكلى، وانخفاض مستوى الوظائف الجسدية لدى المرضى، وأظهرت النتائج أيضاً وجود فروق تعزى إلى العمر لصالح المرضى الأكبر عمراً في مستوى قلق الموت.

وقامت كيسفيتروفا، وكلغر، وكابيلكا (Kisvertrova, Klugar & Kabelka, 2013) بدراسة في جمهورية التشيك هدفت التعرف على أثر برنامج إرشادي قائم على الدعم الروحي والديني في تحسين الصحة النفسية، وتخفيض مستويات قلق الموت لدى عينة من المرضى. تكونت عينة الدراسة من (468) من الممرضين والممرضات العاملين في عدد من المستشفيات التشيكية. وأظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين والممرضات يرون أن التعامل مع المرضى باحترام، كان من أهم الممارسات التي تسهم في تخفيض مستويات قلق الموت لدى المرضى في المراحل الأخيرة من الحياة. كما بينت النتائج أن الصلاة مع المريض كانت إحدى الإستراتيجيات الفاعلة في تخفيض مستويات قلق الموت لدى المرضى.

أما الدراسة التي أجراها بيداج (Beydag, 2012) فقد هدفت إلى التحقق من أهم العوامل المؤثرة على مستويات قلق الموت لدى أقرباء مرضى السرطان الذين يحصلون على العلاج. تكونت عينة الدراسة من (106) من أقرباء مرضى السرطان الذين يحصلون على العلاج

الكيميائي في إحدى مراكز معالجة السرطان في مدينة اسطنبول التركية. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق تعزى إلى العمر ولصالح الفئة العمرية (17–39) سنة في مستويات قلق الموت لدى أقرباء مرضى السرطان، وتعزى إلى الجنس لصالح الإناث، وتعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لصالح المرضى الذين يحصلون على العلاج لمدة ستة أشهر.

كما أجرى كل من باتل، وساشان، ونيشال وساندرا (& Patel, Sachan, Nischal Surendra, 2012) دراسة في الهند هدفت إلى التعرف على مستويات القلق والإكتئاب لدى عينة من مرضى الغسيل الكلوي، والتعرف على أثر ارتفاع مستويات القلق والإكتئاب على الأفكار الإنتحارية لدى المرضى. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن (29.7%) من أفراد العينة كانوا يعانون أعراض القلق، وأن (46.6%) من مرضى غسيل الكلى كانوا يعانون من الإكتئاب، وأن (28.6%) قد سجلوا مستويات عالية من الأفكار الإنتحارية. وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإكتئاب وانخفاض مستوى صورة الجسم، ووجود علاقة إرتباطية موجبة بين ارتفاع مستويات الإكتئاب والقلق وارتفاع مستويات التعب النفسي وارتفاع مستوى الأفكار الإنتحارية وانخفاض مستوى جودة الحياة.

أما الدراسة التي أجريت من قبل كل من اكسلسون، وراندرز، وهاجيلن، وجاكبسون وكلانج (Axelsson, Randers, Hagelin, Jacobson & Klang, 2012) في السويد فقد هدفت إلى التعرف على الأفكار المرتبطة بالموت لدى مرضى غسيل الكلى في نهاية المراحل المرضية. تكونت عينة الدراسة من (31) من مرضى غسيل الكلى الذين تم اختيارهم بطريقة قصدية من عدد من مراكز غسيل الكلى في مدينتين من المدن السويدية، إذ بينت نتائج الدراسة أن مستوى

قلق الموت كان مرتفعاً، وأن مرضى غسيل الكلى يفكرون بشكل كبير بالموت وأن الموت قريب منهم. وأظهرت النتائج أن شدة المرض كانت عاملاً مؤثراً في زيادة مستوى التفكير بالموت لدى مرضى غسيل الكلى.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الرضا عن الحياة:

وأجرت موريس وجونز (Morris & Jones, 1989) دراسة في بريطانيا هدفت إلى التعرف على مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي. تم اختيار عينة الدراسة من وحدة زراعة الكلى في المركز الملكي في نوكاسيل، حيث احتوت عينة الدراسة على (138) من المرضى منهم (69) من مرضى زراعة الكلى. وقد أظهرت النتائج أن مرضى زراعة الكلى قد سجلوا مستويات أعلى مقارنة مع مرضى الفشل الكلوي الآخرين على مقاييس الرضا عن الحياة. كما أظهرت أن مرضى الغسيل الكلوي قد سجلوا مستوى منخفضاً من الرضا عن الحياة. وأظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق تعزى الى الجنس في مستويات الرضا عن الحياة بين أفراد عينة الدراسة.

وفي المجال نفسه عمل كل من كوتنر، وبورغان، وهول، وهابر ودانيالز (Kutner, Borgan, Hall, Haber & Daniels, 2000) دراسة في ولاية أتلانتا الأمريكية للتعرف إلى الضعف الوظيفي، ومستويات الاكتئاب والرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى غسيل الكلى للمسنين وعينة من المسنين العاديين. تكونت عينة الدراسة من (113) من المسنين من مرضى غسيل الكلى وعينة من (286) من المسنين العاديين. بينت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى غسيل الكلى كان متوسطاً. كما بينت عدم وجود فروق في مستويات الرضا

عن الحياة بين مرضى غسيل الكلى للمسنين وبين المسنين العاديين، ووجود علاقة إرتباطية إيجابية بين الضعف الوظيفي والإكتئاب وبين مرض الفشل الكلوي.

كما أجرى كيرشجيسنر وزملاؤه (Kirchgesner et al., 2006) دراسة في هنغاريا هدفت إلى التعرف على الرضا عن مستوى الرعاية لدى عينة مكونة من (138) مريضاً ومريضة من مرضى غسيل الكلى البريتوني. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الرعاية المقدمة في مراكز رعاية مرضى الفشل الكلوي كان مرتفعاً، وبينت عدم وجود فروق تعزى إلى الجنس بين المرضى الذكور والإناث في مستوى الرضا عن الرعاية المقدمة في مراكز رعاية مرضى الفشل الكلوي.

أما واسرفالين وزملاؤه (Wasserfallen et al., 2006) فقد أجروا دراسة في إحدى مناطق غرب سويسرا، هدفت التعرف على مستويات الرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى غسيل الكلى البريتوني، وعينة من مرضى غسيل الكلى العادي، حيث تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (455) مريضاً. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في مستويات الرضا عن الحياة بين غسيل الكلى البريتوني، وعينة من مرضى غسيل الكلى العادي ولصالح مرضى غسيل الكلى العادي. كما أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية سالبة بين تحمل الآلام أثناء جلسة غسيل الكلى والمضاعفات المرتبطة بالمرض، وبين مستوى الرضا عن الحياة.

أجرت بينشن، كريستوفر ووالتر (Bention, Christopher & Walter, 2007) دراسة في ولاية مينيسوتا الأمريكية هدفت إلى التعرف على مستويات الرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى زراعة الكلى، وتكونت عينة الدراسة من (4247) مريضاً. أظهرت نتائج الدراسة أن

مستوى الرضا عن الحياة كان منخفضاً، وبينت وجود علاقة سالبة بين المشكلات الإنفعالية والنفسية الناتجة عن المرض وبين مستويات الرضا عن الحياة. كما بينت نتائج الدراسة أن الآثار السلبية لزراعة الكلى كانت تتعلق بانخفاض مستوى القدرة الجنسية والمعاناة من الصداع.

وقام العيسى وزملاؤه (Al-Eissa et al., 2010) بدراسة في المملكة العربية السعودية هدفت التعرف على العوامل المؤثرة على مستوى رضا مرضى الفشل الكلوي عن علاج غسيل الكلى المقدم لهم. تكونت عينة الدراسة من (322) مريضاً في السعودية، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة كان متوسطاً، وأن هناك علاقة إرتباطية سالبة بين مستوى الرضا عن الحياة وغسيل الكلى، كما بينت أن المرضى الذكور أشاروا إلى أن غسيل الكلى يؤثر بشكل كبير على حياتهم الأسرية، وعلى حياتهم الإجتماعية، وعلى مستوى قابلية الأكل لديهم. وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة بين طول مدة الخضوع لغسيل الكلى، وبين انخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

أجرى ديهاجاني وزملاؤه (Dehghani et al., 2010) دراسة في إيران هدفت إلى التعرف على مستويات الرضا عن الحياة، والأداء الدراسي بعد زراعة الكبد لدى عينة من طلبة المدارس. تكونت عينة الدراسة من (48) طالباً وطالبة من طلبة المدارس الذين حصلوا على عملية زراعة الكبد، ويراجعون مركز زراعة الأعضاء في المركز الطبي في جامعة شيراز الإيرانية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن (64.6%) من الأطفال المستجيبين كانوا يعتقدون أنهم يعيشون حياة طبيعية، وأنهم قادرون على الزواج في المستقبل، مما يؤكد ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة لديهم، وأظهرت النتائج أيضاً أن (85%) من أفراد عينة الدراسة كان أداؤهم الدراسي

جيداً، وذلك حسب سجلاتهم الأكاديمية، وأن (68.7%) من الطلبة المشاركين كانوا يمارسون الألعاب بشكل طبيعي مع أقرانهم.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة، لاحظ الباحث ندرة الدراسات العربية التي تناولت قلق الموت، ومرض الفشل الكلوي، ومن الدراسات التي أجريت في الأردن والتي تتعلق بقلق الموت لدى المرضى كدراسة (الصمادي وغوانمه، 2003؛ ياسين، 2011) وأظهرت كلاهما وجود قلق الموت لدى مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة. في حين أن الدراسات السابقة التي تناولت الرضا عن الحياة لدى المرضى كدراسة (Wasserfallen et al., 2006؛ Bention, Christopher & Walter, 2007) فقد بينت مستويات مختلفة في الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي بين المتوسطة والمنخفظة.

وقد أشارت جميع الدراسات السابقة لقلق الموت التي اعتمدت الجنس أحد متغيراتها، إلى أن الإناث أكثر خوفاً من الموت من الرجال كدراسة (Theorfilou, 2011؛ غوانمة، 2003؛ عوض، 2008). أما الدراسات السابقة التي اعتمدت العمر كأحد متغيراتها فقد أشارت إلى أن مستوى قلق الموت كان أعلى للمرضى الأكبر عمراً كدراسة (Theorfilou, 2011 ؛ Hedayati et al., 2008). في حين أشارت الدراسات السابقة لقلق الموت التي اعتمدت مدة الإصابة كأحد متغيراتها، إلى أن مستوى قلق الموت كان أعلى لدى المرضى ذوي الإصابة الأطول مدة كدراسة (Beydag, 2012). أما بالنسبة للرضا عن الحياة، فكان هناك العديد من الدراسات السابقة التي اعتمدت الجنس كأحد متغيراتها، والتي أشارت إلى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس في مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى كدراسة (Kirchgesner et al., 2006؛ Morris &

(Jones, 1989). كما أن الدراسات السابقة التي تناولت الرضا عن الحياة والتي اعتمدت درجة تحمل الآلام أثناء جلسة الغسيل كأحد متغيراتها، فقد أشارت إلى وجود علاقة سالبة بين تحمل الآلام ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي كدراسة (Wasserfallen et al., 2006؛ Al-Eissa et al., 2010).

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في كونها تحاول التعرف على مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، ضمن متغيرات ديموغرافية وطبية. فجاءت هذه الدراسة لسد النقص في هذا المجال، وهذا ما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، حيث أجريت بعد قيام الباحث بدراسة استطلاعية على مرضى الفشل الكلوي لتحديد مستوى قلق الموت والرضا عن الحياة لديهم.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها، وطريقة اختيارها، وأدوات الدراسة التي تم استخدامها في جمع البيانات، وإجراءات تطويرها وصدقها وثباتها، ومنهج الدراسة وتصميمها، ومتغيراتها وإجراءاتها التطبيقية والطرق الإحصائية المستخدمة فيها.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى الفشل الكلوي لدى المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد، والمسجلين لدى مديرية صحة إربد لعام 2014/2013 وعددهم (467) مريضاً ومريضة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (311) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي المراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد، منهم (186 ذكراً، 125 أنثى)، اختيروا بطريقة العينة المتوافره لدى المستشفيات الحكومية والخاصة التالية: المستشفيات الحكومية: مستشفى الأميرة بسمة التعليمي، مستشفى ابي عبيدة، مستشفى معاذ بن جبل، مستشفى اليرموك الحكومي، مستشفى الرمثا الحكومي، مستشفى الأميرة راية. المستشفيات الخاصة: مستشفى الإسلامي إربد، والقواسمي، والروم الكاثوليك، وإربد التخصصي، والرهبات الوردية، وإبن النفيس، والنجاح.

ولتمثيل مجتمع الدراسة قام الباحث بتوزيع (350) إستبانة على مرضى الفشل الكلوي في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد المذكورة سابقاً. وبعد مراجعة الإستبانات وتدقيقيها تم اسقاط (39) إستبانة لعدم استكمال البيانات أو ملاحظة الإستجابات النمطية، وتبقى (311) إستبانة تمثل عينة الدراسة والجدول رقم (1) يوضح توزيعهم حسب متغيرات الدراسة:

جدول (1)

توزع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	186	59.8
	أنثى	125	40.2
	الكلي	311	100
العمر	30 سنة فأقل	62	19.9
	31 – 59 سنة	165	53.1
	60 سنة فأكثر	84	27
	الكلي	311	100
الدخل الشهري	200 دينار فأقل	162	52.1
	201–400 دينار	98	31.5
	401 دينار فأكثر	51	16.4
	الكلي	311	100
مدة الإصابة بالمرض	2 سنة فأقل	105	33.8
	3–5 سنوات	105	33.8
	6 سنوات فأكثر	101	32.5
	الكلي	311	100
عدد مرات الغسيل	أقل من 2 مرة	52	16.7
	3 مرات فأكثر	259	83.3
	الكلي	311	100

يلاحظ من الجدول رقم (1) أن عدد المرضى الذكور (186) مريضاً، وقد شكلوا نسبة (59.8%) من العينة وأن الفئة العمرية من (31- 59 سنة) قد بلغ عددهم (165) مريضاً ومريضة وشكلوا أعلى نسبة (53.1)، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة الذين يقل دخلهم الشهري عن (200) دينار (162) مريضاً ومريضة بنسبة (52.1%)، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة الذين يخضعون للغسيل الكلوي (3) مرات اسبوعياً فأكثر (259) مريضاً ومريضة بأعلى نسبة (83.3%).

أداتا الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث أداتين هما: مقياس قلق الموت لتمبلر (Templer) Death Anxiety Scale (DAS)، (Tavakoli & Ahmadzadeh, 2011). ومقياس الرضا عن الحياة Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale (BMLSS)، (Huebner et al., 2004) وفيما يلي وصف للأداتين وإجراءات تطويرهما:

أولاً: مقياس قلق الموت بصورته الأصلية:

لقياس قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي، قام الباحث بترجمة وتعريب مقياس تمبلر (Templer) لقلق الموت الذي استخدمه تافاكوكي وأحمد زادا (Tavakoli & Ahmadzadeh, 2011)، وتكون المقياس بصورته الأصلية من (15) فقرة، والذي قام الباحثان بتقسيمه إلى خمسة مجالات تكونت من: الموت المطلق (Absolute death anxiety)، والأفكار المرتبطة بالموت

(Death related thoughts)، والخوف من المرض والألم (Fear of patience and pain)، والخوف من المستقبل (Fear of futuer)، وقصر الحياة وسرعتها (Time passing and short life).

دلالات صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية:

للتأكد من صدق مقياس قلق الموت (DAS) قام تمبلر (Templer) بدراستين مختلفتين على مرضى الأمراض العقلية مؤلفتين من مجموعة لها أفكار مخيفة حول الموت، ومجموعة ضابطة مؤلفة من مرضى لم يظهروا الخوف والقلق تجاه الموت، وقام تمبلر بحساب معاملات الإتساق الداخلي، ككل وتبين بأن المقياس ككل يتمتع بمعامل اتساق داخلي (0.76)، كما تأكد تمبلر من ثبات المقياس باستخدام الإختبار وإعادة الإختبار على عينة تجريبية، وتبين بأن المقياس يتمتع بمعامل ثبات (0.83).

كما قام كل من تافاكولي وأحمد زادا (Tavakoil & Ahmadzadeh, 2011) بتقديم أدلة تدعم صدق وثبات مقياس (DAS) من خلال الدراسة التي أجراها على عينة من طلبة جامعة أزاد الإسلامية في ايران، لتحديد الخصائص السيكومترية لمقياس تمبلر قلق الموت التي تكونت من (345) طالباً وطالبة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وبعد ذلك تم تقييمهم باستخدام مقياس قلق الموت. وتم الحصول على صدق المقياس باستخدام التحليل العاملي، وكانت معاملات ثبات المقياس باستخدام الإختبار، وإعادة الإختبار، والتجزئة النصفية، كرونباخ الفا (0.75,0.59,0.87) على التوالي.

صدق وثبات مقياس قلق الموت بصورته الحالية:

أ- صدق المحتوى:

لأغراض الدراسة الحالية استخدم مقياس تمبلر (DAS) لقلق الموت، وأضيفت فقرة إلى فقرات المقياس الجديد وهي الفقرة رقم (16) التي تنص: " أخاف أن أحرق في نار جهنم" " I very much fear burning in hell"، حيث أصبحت عدد فقرات المقياس (16) فقرة. مكونة من خمسة خيارات، وأمام كل عبارة من عبارات المقياس تتم الإستجابة لها وفقاً للتدريج الخماسي " بدرجة كبيرة جداً" تعطى خمس درجات، " وبدرجة كبيرة" أربع درجات، " وبدرجة متوسطة" ثلاث درجات، " وبدرجة قليلة" درجتان، " وبدرجة قليلة جداً" درجة واحدة.

وللتأكد من صدق المقياس الظاهري، تم ترجمة فقرات المقياس بصورته الأصلية إلى اللغة العربية، وتم عرضه على متخصصين باللغة الإنجليزية للتأكد من دقة الترجمة، وتم إجراء التعديلات المناسبة في ضوء ملاحظاتهم وأرائهم، وكما تم ترجمته ترجمة عكسية من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية من قبل مختصين، وقد تبين أن الفقرات احتفظت بمضمونها، وتم عرض المقياس بصورته الاوليه على (10) من المختصين في القياس والتقويم، والإرشاد، وعلم النفس التربوي، والتربية ملحق (1)، واعتمد الباحث معيار اتفاق (90%) من المحكمين كشرط للإبقاء على الفقرة، وأدى تطبيق هذا الإجراء إلى إعادة صياغة بعض الفقرات، وبقيت الفقرات موزعة كما يلي:

- مجال قلق الموت المطلق وتمثله الفقرات (1،9،13).
- مجال الخوف من المرض والألم وتمثله الفقرات (4،7،10،16).

- مجال الأفكار المرتبطة بالموت وتمثله الفقرات (14،2،5).
- مجال الخوف من المستقبل وتمثله الفقرات (6،8،15).
- مجال قصر الحياة وسرعتها وتمثله الفقرات (3،11،12).

وقد تضمن المقياس فقرات ايجابية وسلبية موزعة كما يلي:

- الفقرات السالبة وتمثلها (5، 7، 3، 15)
- الفقرات الموجبة وتمثلها (14، 2، 11، 1، 16، 6، 13، 12، 8، 10، 9، 4)

ب- **مؤشرات صدق البناء:**

لأغراض الدراسة الحالية قام الباحث بتطبيق مقياس قلق الموت بصورته الأولية على عينة استطلاعية من مرضى الفشل الكلوي من خارج عينة الدراسة، حيث تكونت العينة من (50) مريضاً ومريضة، واعتمد الباحث على معيارين لقبول الفقرات وهما: ألا يقل معامل الإرتباط بين درجات المفحوصين على الفقرة ودرجاتهم الكلية على المجال أو المقياس ككل عن (0.25) (عوده، 2010). وأن يكون دالاً عند مستوى الدلالة الإحصائية (a=0.05). إن تطبيق هذا الاجراء أدى إلى حذف فقرة رقم (14)، والتي تنص على: " لا أتوتر عندما يتحدث الناس عن الموت" حيث أصبح عدد الفقرات بشكلها النهائي (15)، والملحق رقم (2) يبين ذلك. كما حسبت معاملات إرتباط الفقرات المتبقية بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل، حيث تراوح إرتباط الفقرات بمجالاتها ما بين (0.45 – 0.80) وتراوحت معاملات إرتباط الفقرات بالمقياس ككل ما بين (0.25 –0.71)، والجدول (2) يبين ذلك.

الجدول (2)

معاملات ارتباط فقرات مقياس قلق الموت مع المجالات والمقياس ككل

المجالات	رقم الفقرة	مضمون فقرات مقياس قلق الموت وفقاً لمجالاته	الارتباط مع المجال	الارتباط مع المقياس
الموت المطلق	1	لا أخشى الموت	.702**	.271**
	9	فكرة الموت لا تقلقني	.695*	.290*
	13	أخاف أن أموت	.583**	.714**
الأفكار المرتبطة بالموت	2	يرعبني رؤية جسد ميت	.792**	.563**
	5	يقلقني موضوع الحياة بعد الموت	.792**	.534**
الخوف من المرض والألم	4	يرعبني الإصابة بنوبة قلبية	.653**	.612**
	7	لا أخاف الإصابة بالسرطان	.454**	.265
	10	ينتابني الفزع عند التفكير بالعمليات الجراحية	.719**	.603**
	16	أخشى أن أموت بطريقة مؤلمة	.628**	.515**
الخوف من المستقبل	6	أخاف أن أحرق في نار جهنم	.617**	.297**
	8	يقلقني إنقضاء الوقت بشكل سريع	.583**	.481**
	15	أشعر أن المستقبل لا يحمل لي شيئا أخشاه	.480**	.254*
قصر الحياة وسرعتها	3	تسيطر فكرة الموت على تفكيري	.724**	.636**
	11	أفكر كم هي الحياة قصيرة	.797**	.469**
	12	يقلقني انقضاء الوقت بشكل سريع	.805**	.498**

***دال عند مستوى دلالة 0.05**

**** دال عند مستوى دلالة 0.01**

كما حسبت معاملات إرتباط المجالات مع بعضها البعض، وتراوحت معاملات إرتباط ما بين (0.25 – 0.43)، وحسبت معاملات إرتباط المجالات بالدرجة الكلية للمقياس، وتراوحت (0.54 – 0.73) وبذلك بلغ عدد فقرات المقياس بصورته النهائية (15) فقرة موزعة وفق المجالات الآتية:

- الموت المطلق (1،9،13).
- الأفكار المرتبطة بالموت (2،5).
- الخوف من المرض والألم (4،7،10،16).
- الخوف من المستقبل (6،8،15).

- قصر الحياة وسرعتها (3،11،12). والجدول (3) يوضح ذلك.

جدول (3)

معاملات الإرتباط بين مجالات مقياس قلق الموت والمقياس ككل

الإرتباط وفقاً للمتغيرات	الموت المطلق	الأفكار المرتبطة بالموت	الخوف من المرض والألم	الخوف من المستقبل	قصر الحياة وسرعتها	المقياس الكلي
الموت المطلق	1					
الأفكار المرتبطة بالموت	.253**	1				
الخوف من المرض الألم	.255**	.435**	1			
الخوف من المستقبل	.275**	.314**	.268**	1		
قصر الحياة وسرعتها	.283**	.366**	.396**	.299**	1	
المقياس الكلي	.555**	.692**	.732**	.541**	.686**	1

***دال عند مستوى دلالة 0.05**

**** دال عند مستوى دلالة 0.01**

جميع هذه المؤشرات تؤكد بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويفي بأغراض الدراسة الحالية.

ج- ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات الأداة اتخذت الاجراءات التالية:

طبق المقياس على عينة مكونة من (50) مريضاً ومريضة من مرضى الفشل الكلوي ومن خارج عينة الدراسة، بإستخدام معامل الإتساق الداخلي للمقياس ككل على نتائج العينة الإستطلاعية، وقد بلغت قيمة معامل كرونباخ-ألفا للمقياس ككل (0.70)، وتراوحت معاملات الإتساق الداخلي كرونباخ- ألفا للمجالات الفرعية ما بين (0.65 -0.71)، وكما حسبت

معاملات الإرتباط بين مرتي التطبيق لأفراد العينة التجريبية، وبينت قيمة معامل الإرتباط للمقياس ككل (0.77)، وللمجالات الفرعية للمقياس تراوحت (0.67 –0.76) والجدول (4) يوضح ذلك:

الجدول (4)

معاملات الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس قلق الموت

مقياس قلق الموت ومجالاته	ثبات الإتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
الموت المطلق	0.65	0.67	3
الأفكار المرتبطة بالموت	0.70	0.75	2
الخوف من المرض والألم	0.71	0.76	4
الخوف من المستقبل	0.69	0.75	3
قصر الحياة وسرعتها	0.66	0.70	3
المقياس ككل	0.70	0.77	15

في ضوء مؤشرات الصدق والثبات المشار إليها، يرى الباحث بأن المقياس بصورته النهائية ملحق (2) يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

معايير تحديد المستويات على مقياس قلق الموت:

للحكم على مستوى أداء أفراد العينة، فقد تم تقسيم الأداء إلى ثلاثة مستويات كما يلي: أقل من (2.49) مستوى متدني، من (2.5–3.49) مستوى متوسط، من (3.5) فأكثر مستوى مرتفع.

ثانياً: مقياس الرضا عن الحياة بصورته الأصلية:

للتعرف على مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة إربد، قام الباحث بترجمة وتعريب مقياس الرضا عن الحياة المختصر متعدد الأبعاد (BMLSS) الذي قام بتطويره كل من سكوت هيوبنر وزملائه (Huebner et al., 2004) والمكون من (11) فقرة.

صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية:

صدق المحتوى:

للتحقق من صدق المقياس قام كل من سكوت هيوبنر وزملائه (Huebner et al., 2004). بتطوير مقياس الرضا عن الحياة المختصر متعدد الأبعاد، وتم حساب معامل الثبات، واتضح بأن معامل الثبات الكلي للأداة قد بلغ (0.92). أما بالنسبة لصدق المقياس، فقد كان هناك فروق دالة إحصائياً في العلامات الكلية لمقياس الرضا عن الحياة (BMLSS) فيما يتعلق بنوع المرض، والوضع الإجتماعي، والمدة الزمنية للمرض والعمر. وسجل الأفراد العاديون الأصحاء العلامات الأعلى في مستويات الرضا عن الحياة، بينما سجل مرضى الأمراض المزمنة خصوصاً مرضى الإكتئاب أقل علامة على المقياس. وبالنسبة لمرضى السرطان، كانت هناك علاقة إرتباطية سالبة بين مقياس (BMLSS) وبين مستوى الإكتئاب حيث بلغت قيمة (0.64) وفيما يتعلق بالقلق فقد بلغت القيمة (0.54)، وكانت القيمة للتعب (0.43) بينما بلغت القيمة للهروب من المرض (0.28)، وكانت هناك علاقة إرتباطية مع الصحة العقلية المسجلة على مقياس (SF-12) حيث بلغت قيمة (0.43)، بينما كانت هناك علاقة إرتباطية ضعيفة مع

الصحة الجسدية حيث بلغت القيمة (0.23). وأظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية متوسطة بين العلامات الكلية وبين استراتيجيات التكيف الداخلية. وهذا يعني أن مقياس (BMLSS) سجل علاقات إرتباطية مع الصحة العقلية والصحة الإنفعالية. وكانت استراتيجية التقبل الإنفعالية للمرضى المتمثلة في بناء الحياة بشكل إيجابي، والشعور بالرضى والصحة النفسية، قد سجلت علاقة إرتباطية مرتفعة مع العلامة الكلية للرضا عن الحياة (0.55).

صدق وثبات المقياس بصورته الحالية:

أ- صدق المحتوى:

لأغراض الدراسة الحالية وللتأكد من صدق المقياس الظاهري، تم ترجمة فقرات المقياس بصورته الأصلية إلى اللغة العربية، وتم عرضه على متخصصين باللغة الإنجليزية للتأكد من دقة الترجمة، وتم إجراء التعديلات المناسبة في ضوء ملاحظاتهم وأرائهم، كما تم ترجمته ترجمة عكسية من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية، وقد تبين أن الفقرات احتفظت بمضمونها. وعرض المقياس على عشرة من المختصين في القياس والتقويم، والإرشاد، وعلم النفس التربوي، والتربية (ملحق، 4) وطلب منهم إبداء الرأي في ملاءمة الفقرات، ووضوحها، وسلامتها اللغوية، وتعديل ما يرونه مناسباً، واعتمد الباحث معيار موافقة (90%) من المحكمين كشرط للإبقاء على الفقرة، وأدى تطبيق هذا الإجراء إلى إعادة صياغة بعض الفقرات.

ب – مؤشرات صدق البناء:

للتأكد من مؤشرات الصدق لجأ الباحث إلى حساب معامل إرتباط فقرات المقياس بالمقياس الكلي على ألا تقل عن (0.25) (عودة، 2010) حيث تراوحت معاملات إرتباط فقرات المقياس مع المقياس ككل ما بين (0.59–0.72) والجدول (5) يوضح ذلك.

الجدول (5)

معاملات إرتباط فقرات مقياس الرضا عن الحياة مع المقياس ككل

رقم الفقرة	مضمون فقرات مقياس الرضا عن الحياة	الإرتباط المقياس
1	أشعر بالرضا عن حياة أسرتي	.641**
2	أشعر بالرضا عن أصدقائي	.675**
3	أشعر بالرضا عن مكان عملي	.609**
4	أشعر بالرضا عن نفسي	.676**
5	أشعر بالرضا عن مكان عيشي	.671**
6	أشعر بالرضا عن حياتي بشكل عام	.715**
7	أشعر بالرضا عن وضعي المالي	.598**
8	أشعر بالرضا عن أوضاعي المستقبلية	.720**
9	أشعر بالرضا عن وضعي الصحي	.661**
10	أشعر بالرضا عن قدراتي على التكيف مع الحياة اليومية	.713**
11	أشعر بالرضا عن لياقتي وحيويتي	.638**

*دال عند مستوى دلالة 0.05

** دال عند مستوى دلالة 0.01

ومما سبق يرى الباحث أن هذه المؤشرات تؤكد بأن المقياس بصورته النهائية يفي لأغراض الدراسة.

ثبات المقياس:

لأغراض الدراسة الحالية وللتأكد من ثبات المقياس بصورته النهائية (11 فقرة) تم تجريب الأداة على (50) مريضاً ومريضة من خارج عينة الدراسة للتأكد من الإتساق الداخلي للمقياس، وحسبت قيم الإتساق الداخلي للمقياس ككل على العينة الإستطلاعية، وقد بلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا للمقياس ككل (0.87)، وتم التأكد من ثبات الأداة من خلال إعادة تطبيق المقياس بعد مرور أسبوعين على العينة نفسها، حيث حسبت معاملات الإرتباط بين مرتي التطبيق (0.88) والجدول (6) يوضح قيم الإتساق الداخلي ومعاملات ثبات الإعادة للمقياس ككل.

جدول رقم (6)

معامل الإتساق الداخلي وثبات الإعادة لمقياس الرضا عن الحياة

	كرونباخ آلفا(الإتساق الداخلي)	ثبات الإعادة
مقياس الرضا عن الحياة	0.87	0.88

معايير تحديد المستويات على مقياس الرضا عن الحياة:

للحكم على مستوى أداء أفراد العينة، فقد تم تقسيم الأداء إلى ثلاثة مستويات كما يلي: أقل من (2.49) مستوى متدني، من (2.5-3.49) مستوى متوسط، من (3.5) فأكثر مستوى مرتفع.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة اتبع الباحث الإجراءات التالية:

1- تم تحديد مقياسي الدراسة وهما: مقياس قلق الموت تمبلر (DAS)، ومقياس الرضا عن الحياة (BMLSS) سكوت هيوبنر وزملاؤه (Hunebner et al., 2004).

2- تم توزيع المقياسين على نخبة من الخبراء في القياس والإرشاد وعلم النفس التربوي والتربية ملحق (1-3)، للنظر في مدى صلاحيتها لجمع البيانات.

3- تم تجريب المقياسين بعد تحكيمهما وبصورتهما الأولية على العينة الإستطلاعية في مستشفى الأميرة بسمة التعليمي.

4- أدخلت بيانات العينة الإستطلاعية إلى ذاكرة الحاسوب للتأكد من صدق الاداتين وثباتهما.

5- بعد مرور أسبوعين، أعيد تطبيق الأداتين على العينة الإستطلاعية للتأكد من ثبات الإعادة.

6- تمت مخاطبة وزارة الصحة ومستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي للسماح بتوزيع المقياسين بصورتهما النهائية على مرضى الغسيل الكلوي ملحق (6).

7- بعد أن تم تحديد عينة الدراسة قام الباحث بتطبيق اداتي الدراسة على مرضى الفشل الكلوي في أقسام الكلية الصناعية في المستشفيات الخاصة والحكومية في محافظة إربد، وقد تم إعطاء المرضى التعليمات والإرشادات المناسبة للإجابة على المقياسين وشرح أهداف الدراسة وأغراضها، مع الإلتزام بأن المعلومات التي تم الحصول عليها لن

تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي والمحافظة على سريتها، وإعطاء الوقت الكافي لإفراد العينة للإجابة على فقرات اداتي الدراسة.

8- وأثناء الإجابة عن أداتي الدراسة، قام الباحث بالإجابة عن استفسارات المرضى لتوضيح بعض النقاط التي من شأنها أن تيسر للمرضى الوصول إلى الإجابة التي تنطبق على حالته.

9- استغرق تطبيق المقياس (15-20) دقيقة للإجابة عن أداتي الدراسة، حيث استغرقت مدة التطبيق الكامل للإستبانات (45 يوماً).

10- أدخلت البيانات إلى ذاكرة الحاسوب واستخدم برنامج التحليل الإحصائي للبيانات (SPSS) وفق متغيرات الدراسة بعد تدقيقها.

متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

- الجنس: وله فئتان (ذكر، أنثى).
- العمر: له ثلاث فئات (30 سنة فأقل، 31-59 سنة، 60 سنة فأكثر).
- الدخل الشهري: له ثلاث فئات (200 دينار فأقل، 201-400، 401 فأكثر).
- مدة الإصابة بالمرض: له ثلاث فئات (سنتان فأقل، 3-5 سنوات، 6 سنوات فأكثر).
- عدد مرات الغسيل: له فئتان (مرتان فأقل، 3 مرات فأكثر).

المعالجات الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، أدخلت البيانات المتحصلة إلى ذاكرة الحاسوب وأستخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

1- للإجابة عن السؤال الأول، حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت.

2- للإجابة عن السؤال الثاني، حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي.

3- للإجابة عن السؤال الثالث، حسبت الأوساط الحسابية، والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت ومجالاته المختلفة، واستخدم تحليل التباين الخماسي عديم التفاعل لدرجات أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة، كما أستخدم إختبار هوتلنج (Hotelling)، ويلكس

لامبدا (Wilks Lambda) لتحديد مصدر الفروق بين المتوسطات على مقياس قلق الموت في ضوء متغيرات الدراسة.

4- للإجابة عن السؤال الرابع، حسبت الأوساط الحسابية، والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الرضا عن الحياة، واستخدم تحليل التباين الخماسي عديم التفاعل لدرجات أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة، كما أستخدم إختبار هوتلنج (Hotelling)، ويلكس لامبدا (Wilks Lambda) لتحديد مصدر الفروق بين المتوسطات على مقياس الرضا عن الحياة في ضوء متغيرات الدراسة.

5- للإجابة عن السؤال الخامس، تم استخدام معامل إرتباط بيرسون (Pearson) لحساب معاملات الإرتباط بين الدرجات الكلية والفرعية لإستجابات أفراد العينة على مقياسي قلق الموت والرضا عن الحياة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، والتي تم التوصل إليها من خلال معرفة مستوى قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، والعلاقة بين قلق الموت والرضا عن الحياة، وبيان أثر متغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري على قلق الموت والرضا عن الحياة.

السؤال الأول: ما مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت، والجدول (7) يبين النتائج:

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس قلق الموت

الرتبة	رقم المجال	مستوى قلق الموت ومجالاته	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المستوى
1	4	الخوف من المستقبل	3.18	.746	متوسطة
2	3	الخوف من المرض والألم	3.10	.831	متوسطة
3	1	الموت المطلق	3.09	.918	متوسطة
4	5	قصر الحياة وسرعتها	3.03	1.02	متوسطة
5	2	الأفكار المرتبطة بالموت	2.94	1.10	متوسطة
		الكلي للمقياس	3.08	.587	متوسطة

يتضح من الجدول (7) أن مستوى قلق الموت الكلي لدى مرضى الفشل الكلوي جاء ضمن المستوى المتوسط. فقد حصل مجال الخوف من المستقبل على أعلى متوسط حسابي بينما

جاء مجال الأفكار المرتبطة بالموت في المرتبة الخامسة والأخيرة، حيث حصل على أقل متوسط حسابي مقارنة مع المجالات الأخرى.

السؤال الثاني: ما مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي والجدول رقم (8) يوضح ذلك.

جدول رقم (8)

المتوسطات والإنحرافات المعيارية لمقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي على مستوى الفقرات

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	ترتيب الفقرة	مستوى الأهمية
1	أشعر بالرضا عن حياة أسرتي	3.75	1.17	1	مرتفعة
5	أشعر بالرضا عن مكان عيشي	3.54	1.20	2	مرتفعة
4	أشعر بالرضا عن نفسي	3.52	1.21	3	مرتفعة
2	أشعر بالرضا عن أصدقائي	3.32	1.24	4	متوسطة
6	أشعر بالرضا عن حياتي بشكل عام	3.30	1.15	5	متوسطة
3	أشعر بالرضا عن مكان عملي	3.05	1.37	6	متوسطة
7	أشعر بالرضا عن وضعي المالي	2.93	1.20	7	متوسطة
10	أشعر بالرضا عن قدراتي على التكيف مع الحياة اليومية	2.90	1.26	8	متوسطة
8	أشعر بالرضا عن أوضاعي المستقبلية	2.75	1.24	9	متوسطة
9	أشعر بالرضا عن وضعي الصحي	2.70	1.31	10	متوسطة
11	أشعر بالرضا عن لياقتي وحيويتي	2.69	1.32	11	متوسطة
	المستوى الكلي	3.13	.828		متوسطة

يشير الجدول (8) إلى أن مستوى مقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، جاء متوسطاً، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (2.69، 3.75) بالمقارنة مع المتوسط الحسابي الكلي للمستوى البالغ (3.13). إذ جاءت الفقرة رقم (1) التي تنص على" أشعر بالرضا عن حياة أسرتي." في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.75) وانحراف معياري (1.17) بالمقارنة مع المتوسط الحسابي الكلي والإنحراف المعياري الكلي. فيما حصلت الفقرة رقم (11) التي تنص على" أشعر بالرضا عن لياقتي وحيويتي." على المرتبة الحادية عشرة والأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.69) وانحراف معياري بلغ (1.32) بالمقارنة مع المتوسط الحسابي الكلي والإنحراف المعياري الكلي.

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري؟

للإجابة عن هذا السؤال، حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت ومجالاته المختلفة، في ضوء متغيرات الدراسة، والجدول (9) يلخص النتائج.

جدول (9)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
الجنس	ذكر	2.99	.573
	أنثى	3.20	.587
العمر	30 سنة فأقل	3.17	.600
	31 – 59 سنة	3.07	.587
	60 سنة فأكثر	3.02	.576
مدة الإصابة بالمرض	2 سنة فأقل	3.12	.557
	3-5 سنوات	3.05	.659
	6 سنوات فأكثر	3.06	.539
عدد مرات الغسيل	1-2 مرة	3.13	.602
	3 مرات فأكثر	3.07	.585
الدخل الشهري	200 دينار فأقل	3.03	.588
	201-400 دينار	3.13	.563
	401 دينار فأكثر	3.12	.627

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. ولاختبار دلالة هذه الفروق فقد أجري تحليل التباين الخماسي (عديم التفاعل) (5-WAYS ANOVA without interactions) للدرجة الكلية. والجدول (10) يلخص النتائج.

جدول (10)

تحليل التباين الخماسي عديم التفاعل لدرجات أفراد العينة في ضوء متغيرات الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الجنس	3.914	1	3.91	11.71	*.001
العمر	1.279	2	.639	1.91	.149
مدة الإصابة بالمرض	.023	2	.012	.035	.965
عدد مرات الغسيل	.016	1	.016	.047	.828
الدخل الشهري	1.85	2	.929	2.78	.064
الخطأ	100.89	302	.334		
الكلي	3063.03	311			

* دالة عند مستوى الدلالة α=0.05

يتضح من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α =0.05) تعزى لمتغير الجنس حيث كانت الفروق لصالح الإناث، كما أظهرت النتائج عدم وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية يمكن أن تعزى لمتغيرات العمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري.

كما حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت ومجالاته في ضوء متغيرات الدراسة والجدول (11) يوضح النتائج.

جدول (11)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت في ضوء متغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	الإحصائي	الموت المطلق	الأفكار المرتبطة بالموت	الخوف من الألم والمرض	الخوف من المستقبل	قصر الحياة وسرعتها
الجنس	ذكر	المتوسط الحسابي	3.01	2.79	3.04	3.10	2.93
		الإنحراف المعياري	.912	1.02	.850	.712	1.04
	أنثى	المتوسط الحسابي	3.20	3.16	3.19	3.30	3.16
		الإنحراف المعياري	.918	1.17	.798	.782	.982
العمر	30 سنة فأقل	المتوسط الحسابي	3.08	3.13	3.22	3.33	3.07
		الإنحراف المعياري	.815	1.13	.931	.744	.992
	31 – 59 سنة	المتوسط الحسابي	3.09	2.91	3.06	3.18	3.07
		الانحراف المعياري	.956	1.03	.774	.704	1.04
	60 سنة فأكثر	المتوسط الحسابي	3.09	2.85	3.08	3.09	2.90
		الانحراف المعياري	.923	1.20	.864	.817	1.02
مدة الإصابة بالمرض	2 سنة فأقل	المتوسط الحسابي	3.11	3.06	3.13	3.21	3.09
		الإنحراف المعياري	.916	1.09	.722	.755	.960
	3 – 5 سنوات	المتوسط الحسابي	3.05	2.83	3.07	3.20	3.03
		الإنحراف المعياري	.97 2	1.13	.963	.725	1.13
	6 سنوات فأكثر	المتوسط الحسابي	3.09	2.93	3.10	3.14	2.96
		الانحراف المعياري	.869	1.08	.797	.763	.988
عدد مرات الغسيل	أقل من 2 مرة	المتوسط الحسابي	3.11	3.08	3.05	3.18	3.23
		الإنحراف المعياري	.981	1.21	.827	.796	1.03
	3 مرات فأكثر	المتوسط الحسابي	3.08	2.91	3.11	3.18	2.98
		الإنحراف المعياري	.907	1.08	.833	.737	1.02
الدخل الشهري	200 دينار فأقل	المتوسط الحسابي	3.08	2.89	2.98	3.21	2.96
		الإنحراف المعياري	.880	1.11	.906	.741	1.04
	201–400 دينار	المتوسط الحسابي	3.07	3.04	3.18	3.28	3.05
		الإنحراف المعياري	.905	1.10	.750	.696	.925
	401 دينار فأكثر	المتوسط الحسابي	3.13	2.90	3.33	2.91	3.20
		الإنحراف المعياري	1.06	1.09	.662	.802	1.14

يتضح من الجدول (11) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. ولتحديد أي الإختبارات الإحصائية الواجب استخدامها، فقد تم حساب معاملات الإرتباط بين مجالات مقياس قلق الموت، والجدول (12) يلخص النتائج.

جدول (12)

معاملات الإرتباط بين مجالات مقياس قلق الموت

الإرتباط وفقاً للمتغيرات	الموت المطلق	الأفكار المرتبطة بالموت	الخوف من المرض والألم	الخوف من المستقبل	قصر الحياة وسرعتها
الموت المطلق	1	.253**	.255**	.275**	.283**
الأفكارالمرتبطة بالموت	.253**	1	.435**	.314**	.366**
الخوف من المرض والألم	.255**	.435**	1	.268**	.396**
الخوف من المستقبل	.275**	.314**	.268**	1	.299**
قصر الحياة وسرعتها	.283**	.366**	.396**	.299**	1

إختبار Bartlett للكروية	نسبة الأرجحية	كا^2 التقريبية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	.789	294.186	10	.000**

*دال عند مستوى دلالة 0.05

** دال عند مستوى دلالة 0.01

يتضح من الجدول (12) وجود معاملات إرتباط عالية بين درجات أفراد عينة الدراسة على مختلف القيم المتضمنة في مقياس قلق الموت، وتؤكد ذلك نتائج إختبار بارتلت (Bartlett) للكروية. مما يبرر إجراء تحليل التباين الخماسي المتعدد (5-WAYS MANOVA without interaction)، والجدول (13) يوضح النتائج.

جدول (13)

نتائج تحليل التباين الخماسي المتعدد لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق الموت

الأثر	الإختبار المتعدد	قيمة الإختبار المتعدد	قيمة ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية	درجة الأثر
الجنس	Hotelling's Trace	.039	2.942	4	299	*.021	.038
العمر	Wilks' Lambda	.971	1.100	8	598	.361	.015
مدة الإصابة	Wilks' Lambda	.992	.318	8	598	.959	.004
عدد مرات الغسيل	Hotelling's Trace	.017	1.275	4	299.	.280	.017
الدخل الشهري	Wilks' Lambda	.925	2.963	8	598	*.003	.038

يتضح من الجدول (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05=a) في مجالات مقياس قلق الموت تعزى لمتغيري الجنس، والدخل الشهري. وللتأكد من هذه النتيجة فقد أجري تحليل التباين الخماسي المتعدد (5-WAYS MANOVA without interaction) على درجات أفراد العينة للقيم المتضمنة في مقياس قلق الموت، والجدول (14) يلخص النتائج.

جدول (14)

نتائج تحليل التباين الخماسي المتعدد لدرجات أفراد العينة على القيم المختلفة لمقياس قلق الموت

مصدر التباين	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	درجة الأثر
الجنس	الخوف من المرض والألم	3.09	1	3.09	4.61	*.032	.015
	الأفكارالمرتبطة بالموت	9.73	1	9.73	8.18	*.005	.026
	قصر الحياة وسرعتها	4.95	1	4.95	4.74	*.030	.015
	الخوف من المستقبل	2.56	1	2.56	4.74	*.030	.015
	الموت المطلق	.734	1	.734	.915	.340	.004
العمر	الخوف من المرض والألم	2.44	2	1.22	1.82	.164	.012
	الأفكارالمرتبطة بالموت	3.65	2	1.82	1.53	.217	.010
	قصر الحياة وسرعتها	2.69	2	1.34	1.29	.276	.008
	الخوف من المستقبل	1.65	2	.826	1.52	.219	.010
	الموت المطلق	3.88	2	1.94	2.42	.091	.020
مدة الإصابة بالمرض	الخوف من المرض والألم	.062	2	.031	.046	.955	.000
	الأفكارالمرتبطة بالموت	.979	2	.490	.412	.663	.003
	قصر الحياة وسرعتها	.290	2	.145	.139	.870	.001
	الخوف من المستقبل	.322	2	.161	.298	.743	.002
	الموت المطلق	.570	2	.285	.356	.701	.003
عدد مرات الغسيل	الخوف من المرض والألم	.818	1	.818	1.218	.271	.004
	الأفكارالمرتبطة بالموت	.649	1	.649	.546	.461	.002
	قصر الحياة وسرعتها	1.41	1	1.41	1.356	.245	.004
	الخوف من المستقبل	.012	1	.012	.021	.884	.000
	الموت المطلق	.078	1	.078	.097	.755	.000
الدخل الشهري	الخوف من المرض والألم	8.77	2	4.38	6.540	*.002	.042
	الأفكارالمرتبطة بالموت	3.01	2	1.50	1.266	.283	.008
	قصر الحياة وسرعتها	3.53	2	1.76	1.693	.186	.011
	الخوف من المستقبل	3.90	2	1.95	3.609	*.028	.023
	الموت المطلق	1.77	2	.889	1.110	.331	.009
الخطأ	الخوف من المرض والألم	202.6	302	.671			
	الأفكارالمرتبطة بالموت	359.28	302	1.19			
	قصر الحياة وسرعتها	315.17	302	1.04			
	الخوف من المستقبل	163.46	302	.541			
	الموت المطلق	185.88	232	.801			
الكلي	الخوف من المرض والألم	3215	311				
	الأفكارالمرتبطة بالموت	3075.5	311				
	قصر الحياة وسرعتها	3184.66	311				
	الخوف من المستقبل	3334.77	311				
	الموت المطلق	3231	311				

* دالة عند مستوى الدلالة α=0.05

يتضح من الجدول (14) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05=a) تعزى لمتغير الجنس في مستوى مجال الخوف من المستقبل، ومجال الأفكار المرتبطة بالموت، ومجال قصر الحياة وسرعتها، ومجال الخوف من المرض والألم، وذلك لصالح الإناث. كما يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة في مجال الخوف من المستقبل، ومجال الخوف من المرض والألم تعزى لمتغير الدخل الشهري. وللتأكد من هذه النتيجة أجري اختبار شفيه للمقارنات البعدية على مجالات مقياس قلق الموت تبعاً لمتغير الدخل الشهري، والجدول (15) يلخص النتائج.

جدول رقم (15)

اختبار شفيه للمقارنات البعدية على مجالات مقياس قلق الموت تبعا لمتغير الدخل الشهري

المجال	الدخل الشهري	المتوسط الحسابي	الفروق بين المتوسطات الحسابية		
			من 200 فأقل	201 – 400 دينار	401 دينار فأكثر
الخوف من المرض والألم	200 دينار فأقل	3.08		0.01	*0.05
	201-400 دينار	3.07			0.06
	401 دينار فأكثر	3.13			
الخوف من المستقبل	200 دينار فأقل	3.08		0.01	*0.05
	201-400 دينار	3.07			*0.06
	401 دينار فأكثر	3.13			

يلاحظ من الجدول رقم (15) وجود فروق ذات دلالة احصائية في قلق الموت، على المجالين الخوف من المرض والألم، والخوف من المستقبل تبعاً لمتغير الدخل الشهري، وكانت هذه الفروق بين فئة الدخل المتدني (200 فأقل)، وفئة الدخل المرتفع (401) فأكثر بفرق بين اوساطهم الحسابية (0.05) ولصالح فئة الدخل المرتفع (401) فأكثر.

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل أسبوعياً، والدخل الشهري؟

للإجابة عن هذا السؤال، حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الرضا عن الحياة في ضوء متغيرات الدراسة، والجدول (16) يلخص النتائج.

جدول (16)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
الجنس	ذكر	3.12	.822
	أنثى	3.14	.840
العمر	30 سنة فأقل	3.09	.768
	31-59 سنة	3.10	.868
	60 سنة فأكثر	3.23	.793
مدة الإصابة بالمرض	2 سنة فأقل	3.12	.796
	3-5 سنوات	3.06	.834
	6 سنوات فأكثر	3.22	.854
عدد مرات الغسيل	1- 2 مرة	2.91	.760
	3 مرات فأكثر	3.18	.835
الدخل الشهري	200 دينار فأقل	3.09	.818
	201-400 دينار	3.05	.835
	401 دينار فأكثر	3.41	.803

يتضح من الجدول (16) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس الرضا عن الحياة في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. ولإختبار دلالة

هذه الفروق، فقد أجري تحليل التباين الخماسي (عديم التفاعل) (5-WAYS ANOVA without interactions) للدرجة الكلية للمقياس. والجدول (17) يلخص النتائج.

جدول (17)

تحليل التباين الخماسي عديم التفاعل لدرجات أفراد العينة في ضوء متغيرات الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	درجة الأثر
الجنس	.197	1	.197	.295	.587	.001
العمر	.949	2	.474	.712	.492	.005
مدة الإصابة بالمرض	1.054	2	.527	.791	.454	.005
عدد مرات الغسيل	4.421	1	4.421	6.636	*.010	.022
الدخل الشهري	6.319	2	3.159	4.743	*.009	.030
الخطأ	201.171	302				
الكلي	3273.504	311				

* دالة عند مستوى الدلالة α=0.05

يتضح من الجدول (17) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α =0.05) تعزى لمتغير عدد مرات الغسيل، ولصالح المرضى الذين عدد مرات الغسيل لديهم (3) مرات فأكثر. كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α =0.05) تعزى لمتغير الدخل الشهري. بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α =0.05) تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض.

أما فيما يتعلق بمتغير الدخل الشهري فقد أجري اختبار شفيه للمقارنات البعدية على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الدخل الشهري، والجدول (18) يلخص النتائج.

جدول (18)

اختبار شفيه للمقارنات البعدية لمقياس الرضا عن الحياة لمتغير الدخل الشهري

المقياس	الدخل الشهري	المتوسط الحسابي	الفروق بين المتوسطات الحسابية		
			200 فأقل	201– 400 دينار	401 فأكثر
الرضا عن الحياة	200 دينار فأقل	3.09		.0446	0.32
	201–400 دينار	3.05			*0.36
	401 دينار فأكثر	3.41			

يلاحظ من الجدول رقم (18) أن جميع الفروق في الرضا عن الحياة حسب مستوى الدخل لم تكن دالة إحصائيا، باستثناء الفرق الموجود بين فئة الدخل المتوسط (201 – 400 دينار) وفئة الدخل المرتفع (401 دينار فأكثر) بفرق بين اوساطهم الحسابية (*0.36) ولصالح فئة الدخل لمرتفع.

السؤال الخامس: هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (α = 0.05) بين مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت معاملات الإرتباط بين الدرجات الكلية والفرعية لاستجابات أفراد العينة على مقياسي قلق الموت والرضا عن الحياة. والجدول (19) يوضح ذلك.

جدول (19)

معاملات إرتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة على مجالات مقياس قلق الموت والمقياس الكلي ومقياس الرضا عن الحياة

العلاقة بين:	الإحصائي	الرضا عن الحياة
الموت المطلق	معامل الإرتباط	-.340(**)-
	الدلالة الإحصائية	.000
الأفكار المرتبطة بالموت	معامل الإرتباط	-.115(*)-
	الدلالة الإحصائية	.042
الخوف من المرض والألم	معامل الإرتباط	.040
	الدلالة الإحصائية	.479
الخوف من المستقبل	معامل الإرتباط	-.026-
	الدلالة الإحصائية	.642
قصر الحياة وسرعتها	معامل الإرتباط	-.144(*)-
	الدلالة الإحصائية	.011
المقياس ككل	معامل الإرتباط	-.177(**)-
	الدلالة الإحصائية	.002

*دال عند مستوى دلالة 0.05

** دال عند مستوى دلالة 0.01

يتضح من الجدول (19) وجود معاملات إرتباط سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (a=0.05) بين مجالات مقياس قلق الموت (الموت المطلق، والأفكار المرتبطة بالموت، وقصر الحياة وسرعتها، ومقياس قلق الموت ككل) ومقياس الرضا عن الحياة. حيث كان أعلى معامل ارتباط بين مجال الموت المطلق والرضا عن الحياة، تلاه معامل ارتباط بين مقياس قلق الموت ككل والرضا عن الحياة، ثم معامل ارتباط بين قصر الحياة وسرعتها والرضا عن الحياة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد، وأثر متغيرات الجنس، والعمر، وعدد مرات الغسيل، ومدة الإصابة، والدخل الشهري عليهم. ويتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ومناقشتها من خلال مناقشة الإجابة عن أسئلة الدراسة وهي كما يلي:

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول، الذي نصه: ما مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟

أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي كان متوسطاً على الأداة الكلية، وكذلك على جميع مجالاتها. فقد جاء مجال الخوف من المستقبل في المرتبة الأولى وبأعلى متوسط حسابي، في حين جاء مجال الأفكار المرتبطة بالموت في المرتبة الخامسة والأخيرة. ويمكن أن تعود هذه النتيجة إلى عدم الاحساس بالأمن في مجتمعاتنا، وإلى طبيعة البيئة العربية الاسلامية التي أجريت بها هذه الدراسة، والتي تؤمن بيوم الحساب، ويوم العقاب، والحياة بعد الموت، وكذلك لخطورة هذا المرض، لأنه يعُّد من الأمراض الخطيرة المزمنة، والذي يصاحبه العديد من الأمراض كمرض السكري، وضغط الدم، وفقر الدم، التي تسبب الموت البطيء. ولا يشفى منه أحد إلا بزراعة كلية، وحجم الآثار النفسية المترتبة عليه، وقد اتفقت جزئياً نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها أنفار، وجافادابور وزاده (Anvar, Javadpour & Zadeh,

2012) التي توصلت إلى أن قلق الموت كان بمستويات متوسطة لدى المصابين بالأمراض الشديدة، كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أجرتها اكسلسون وآخرون (Axelsson et al., 2012) والتي توصلت إلى أن مرضى غسيل الكلى، يفكرون بالموت، وأن الموت قريب منهم، وأن شدة المرض كانت عاملاً مؤثراً في زيادة مستوى التفكير بالموت لدى مرضى غسيل الكلى. ولم تتفق جزئياً نتائج هذه الدراسة مع دراسة غوانمة (2003) والتي أشارت إلى انخفاض مستوى قلق الموت لدى مرضى القلب.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني، الذي نصه: ما مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد؟"

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي جاء متوسطاً على الأداة الكلية، حيث حصلت الفقرة التي تنص على أن " المريض يشعر بالرضا عن حياة أسرته" في المرتبة الأولى. فيما حصلت الفقرة التي تنص على أن " المريض يشعر بالرضا عن لياقته وحيويته" على المرتبة الحادية عشرة والأخيرة. وتعكس هذه النتيجة المستوى العام للرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، والتي قد تتناسب مع توقعاتهم لطبيعة البيئة الإسلامية التي أجريت فيها هذه الدراسة. ولقد كان لتطور الطب أثراً كبيراً في تحسين الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، من خلال الخدمات الطبية والعلاجية والتمريضة المقدمة لهم، والتي عملت على التخفف من درجة معاناتهم، وزيادة قدرتهم على الإنجاز والعطاء، كما كان للدعم الإجتماعي الذي يتلقونه من قبل الأهل دوراً كبيراً في التخفيف من شدة المرض وفي تقبلهم للحياة. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كونتر، وبورغان، وهول، وهابر ودانيالز (Kutner, Borgan, Hall, Haber, &

Daniels, 2000) والتي أشارت إلى أن مستوى الرضا عن الحياة كان متوسطاً، بينما تعارضت مع دراسة موريس وجونز (Morris & Jones, 1989) التي توصلت إلى أن مرضى الغسيل الكلوي قد سجلوا مستويات متدنية من الرضا عن الحياة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث، الذي نصه:

" هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في مستوى قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل أسبوعيا، والدخل الشهري ؟"

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في جميع مجالات قلق الموت، حيث كانت الفروق لصالح الإناث. ويمكن تفسير النتيجة، بأن الإناث بإمكانهن التعبير عن مشاعرهن وأحاسيسهن بسهولة عندما يتعرضن للضغوط، كما أن بنيتهن الجسدية ضعيفة إذ لا يستطعن تحمل الالآم والتعب، بالإضافة إلى كثرة الهواجس والكوابيس التي تغزو أفكارهن، وشعورهن بالخوف من الموت أكثر من الرجال، بينما الرجال وفي مجتمعاتنا من العيب أظهار مشاعر الخوف لديهم، كما أن بنيتهم الجسدية قوية قادرة على تحمل المتاعب والالآم والخوف من الموت.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (عوض، 2008) التي توصلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في مستويات قلق الموت ولصالح الإناث، كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها ثيوفيلو (Theorfilou, 2011) في اليونان التي توصلت إلى وجود فروق تعزى إلى الجنس ولصالح الإناث في مستويات سمة القلق. ولم تتفق نتائج هذه الدراسة مع

الدراسة التي أجرتها ياسين (2011) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.

كما أظهرت النتائج عدم وجود أية فروق ذات دلالة إحصائية يمكن أن تعزى لمتغيرات العمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل، والدخل الشهري. ويمكن تفسير ذلك إلى الدعم الإجتماعي المقدم لمرضى الفشل الكلوي، والعلاقات الطبية، وعدد الأصدقاء وزيادة التواصل فيما بينهم. والإيمان بالقضاء والقدر، ودور الأسرة التي تتعاطف مع الأفراد الذين لديهم مرض الفشل الكلوي من خلال الخدمات العلاجية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع، الذي نصه:

" **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، وعدد مرات الغسيل أسبوعيا، والدخل الشهري؟**"

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد مرات الغسيل لصالح المرضى الذين عدد مرات الغسيل لديهم (3) مرات فأكثر، والدخل الشهري لصالح المرضى من أصحاب الدخل الشهري (401) دينار فأكثر. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن عدد مرات الغسيل أسبوعياً تساعد على تنقية الدم لدى المرضى وتخلص الجسم من الشوائب والأملاح. ولهذا يشعر المرضى بعد عملية الغسيل بالصحة والعافية، ويصبحوا قادرين على ممارسة حياتهم وأعمالهم بشكل أفضل. كما أن المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع يحصلون على أفضل الخدمات الطبية، والعلاجية، والغذائية، لأن عمليات زراعة الكلى مكلفة مادياً، إذ لا يستطيع المرضى ذوي الدخل

المنخفض توفير المبالغ اللازمة لها. وقد اتفقت جزئياً نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي أجراها كيرشنيسنر وآخرون (Kirchgesner et al., 2006) والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق تعزى إلى الجنس. وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة العيسى وآخرون (Al-Eissa et al., 2010) التي توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين طول مدة الخضوع لغسيل الكلى وبين انخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس، الذي نصه:

هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (α = 0.05) بين مستوى قلق الموت ومستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي؟

تبين من خلال معامل ارتباط بيرسون، وجود معاملات إرتباط سالبة ذات دلالة إحصائية بين مجالات مقياس قلق الموت (الموت المطلق، والأفكار المرتبطة بالموت، وقصر الحياة وسرعتها) ومقياس قلق الموت ككل ومقياس الرضا عن الحياة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الكثيرين من المرضى تزداد درجة قلق الموت لديهم نتيجة شعورهم بالآلام الناتجة عن شدة ومدة الإصابة بالمرض أثناء عمليات غسيل الكلى، وأن الإيمان بالله يكسب المرضى القدرة على مواجهتهم الظروف القاسية وتحملها، ويرجع ذلك إلى تمتعهم بدرجة كبيرة من الإيمان بالله والتوكل عليه، إذ أن الإيمان بالله يتضمن مجموعة من القيم والمعاني التي تعطيهم إحساساً قوياً بالأمان وإمكانية التعامل مع المرض وتحمل الآلم، وتغير نظرتهم إلى الحياة، ويسهم كل ذلك في درجة تقبلهم ورضاهم عن حياتهم ، وكما أن للعمر والأهل الدور الأكبر في دعمهم لتقبل الحياة والتكيف معها، فلقد حبب الإسلام الموت للناس، وبزيادة إيمان الإنسان يمكن خفض درجة خوفه من الموت،

ويزداد سكينة وطمأنينة ورضا عن حياته، وعلية فإن الأشخاص المتدينين لا يخافون الموت بدرجة عالية. وتتفق جزئياً نتائج هذه الدراسة مع دراسة العيسى وزملائه (Al-Eissa et al., 2010) التي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية سالبة بين مستوى الرضا عن الحياة وغسيل الكلى. وأظهرت الدراسة أن المرضى الذكور أشاروا إلى أن غسيل الكلى يؤثر بشكل كبير على حياتهم الأسرية والإجتماعية ومستوى قابليتهم للأكل. وتتعارض نتائج هذه الدراسة جزئياً مع دراسة بوسالا وزملائه (Bossola et al., 2012) التي توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة المرض وبين تطور مستويات القلق والإكتئاب لدى أفراد العينة.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بما يلي:

1- توعية مرضى الفشل الكلوي، وتزويدهم بالدعم والمساندة الإجتماعية والنفسية والعاطفية للتقليل من مستوى الخوف ودرجة التفكير في الموت لديهم.

2- العمل على بناء البرامج الإرشادية التي تهتم بمرضى الفشل الكلوي للوصول بهم إلى وضع صحي مناسب، وتخفيف الآثار النفسية لديهم. والعمل على تطوير استراتيجيات التكيف مع المرض.

3- دعوة وزارة الصحة إلى الإهتمام بنوعية الخدمة الطبية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي، والعمل على تعيين مرشد نفسي في جميع وحدات غسيل الكلى في المملكة الأردنية الهاشمية.

4- يوصي الباحث بإجراء المزيد من الدراسات حول قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي وربطها بمتغيرات أخرى مثل: التدين، ومنطقة السكن، والدعم الإجتماعي، والمستوى التعليمي، وغيرها.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

إبن قيم الجوزية، شمس الدين أبي عبدالله. (1975). *الروح لإبن القيم*. بيروت: دار الكتب العلمية.

أبو إصبع، صالح والمناصرة، عز الدين وعبدالله، محمد. (2007). *ثقافة الخوف*. الأردن: مطبعة الخط العربي.

أبو الخير، عبد الكريم. (2002). *التمريض النفسي*. عمان، الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.

أرجايل، مايكل. (1993). *سيكولوجية السعادة* (فيصل عبد القادر يونس، مترجم). الكويت: عالم المعرفة. (تاريخ النشر الأصلي 1993).

أرجايل، مايكل. (2011). *سيكولوجية السعادة* (فيصل عبد القادر يونس، مترجم). مصر: دار غريب للطباعة والنشر. (تاريخ النشر الأصلي 1998).

البار، محمد. (1992). *الفشل الكلوي وزرع الأعضاء*. دمشق، سوريا: دار العلم للطباعة والنشر والتوزيع.

البحيرى، عبد الرقيب. (1985). *تشخيص القلق*. مصر: دار المعارف.

بن علو، الأزرق. (2002). *كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة*. مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

الحديدي، سيد وجودت، رياض وأصفري، رياض وشماع، محمد. (1992). *أمراض الكلية وجراحتها*. دمشق، سوريا: طلاس للدراسات والترجمة والنشر.

الدسوقي، مجدي محمد. (1999). *دليل تعليمات مقياس الرضا عن الحياة*. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

ربابعة، محمد سعيد. (2013). *قلق الموت والرضا عن الحياة لدى كبار السن وعلاقتها بالتدين وكيفية قضاء الوقت وبعض المتغيرات الديموغرافية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

السويداء، عبدالكريم. (2010). *المرشد الشامل لمرضى الغسيل الكلوي*. الرياض، السعودية: دار وهج الحياة للنشر.

الشعراوي، محمد. (1991). *الحياة والموت*. الأردن: دار أخبار اليوم.

شويخ، هناء. (2009). *برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي*. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

عبدالخالق، أحمد. (1987). *قلق الموت*. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.

عبدالخالق، أحمد. (2005). *سيكولوجية الموت والإحتضار*. الكويت: جامعة الكويت.

عبدالله، خالد. (1982). *أمراض الكلية*. الموصل، العراق: دار الكتب للطباعة والنشر جامعة الموصل.

عثمان، فاروق. (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

علوان، نعمات شعبان. (2008). *الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية دراسة ميدانية على عينة من زوجات الشهداء الفلسطينيين.* مجلة الجامعة الإسلامية. 16 (2)، 475-532.

العمري، خير الدين. (1986). *القلق بلباس العصر الحاضر.* الموصل، العراق: منشورات مكتبة 30 تموز.

العودات، حسين. (1992). *الموت في الديانات الشرقية.* دمشق، سوريا: الأهالي للطباعة والنشر والتوزيع.

عوض، شروق خير. (2008). *قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان ومرضى السكري ومرضى القلب في منطقة عكا.* رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

غوانمة، مأمون محمود. (2003). *قلق الموت وعلاقته بنمط السلوك"أ" وبعض المتغيرات لدى عينة من مرضى القلب في مركز الملكة علياء.* رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

المجدلاوي، ماهر. (2012). *التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية في قطاع غزة.* مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 20 (2)، 207-236.

معمرية، بشير. (2009). *دراسات نفسية في الذكاء الوجداني- الإكتئاب- اليأس- قلق الموت _ السلوك العدواني – الإنتحار.* مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

هاشم، محمد علي وباشا، وائل عبد المولى والصباغ، عدنان. (1990). *أمراض الكلية*. دمشق، سوريا: مطبعة الأماني.

ياسين، تهاني محمد جبر. (2011). *قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندري*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

ثانيا: المراجع الأجنبية

Alan, S., Go, M., Chertow, M., Fan, M., McCulloch, E., & Hsu, C. (2004). Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New English Journal of Medicine*, 351, 1296-1305.

Al-Eissa, M., Al-Sulaiman, M., Jondeby, M., Karkar, A., Barahmein, M., Shaleen, F., & AlSayyari, A. (2010). Factors affecting hemodialysis patients' satisfaction with their dialysis therapy. *International Journal of Nephrology,* doi: 10.4061/2010/ 342901, 5 pages .

Anvar, M., Javadpour, A., & Zadeh, S. (2012). Assessing death anxiety and its correlates among severe medically Ill in- patients. *Shiraz E-Medical Journal, 13 (3), 1-11.*

Axelsson, L., Randers, I., Hagelin, C., Jacobson, S., & Klang, B. (2012). Thoughts on death and dying when living with haemodialysis approaching end of life. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2149-2159.

Bayat, A., Kazemi, R., Toghinani, A., Mohebi, B., Tabatabaee, M., & Adibi, N. (2012). Psychological evaluation in hemodialysis patients. *Journal of Pakistan Medical Association, 62 (3), 1-5.*

Bention, J., Christopher, A., & Walter, M. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*, 31, 337-350.

Beydag, K. (2012). Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. Asian Pacific. *Journal of Cancer Prevention, 13*, 2405-2408.

Borg, C., Hallberg, I., & Blomquvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 607-618.

Bossola, M., Ciciarelli, C., Di Stasio, E., Conte, G., Antocicco, M., Rosa, F., & Tazza, L. (2012). Symptoms of depression and anxiety over time in chronic hemodialysis patients. *Journal Norsing Nephrology, 25* (5), 689-698.

Bussing, A., Fischer, J., Haller, A., Heusser, P., Osterman, T., & Matthiessen, P. (2009). Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *European Journal of Medicine Research, 14*, 171-177.

Daugirdas, J., Blakc, P., & Ing, T. (2007). Handbook of Dialysis. *(4th ed)*. *Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa, USA*.

Dehghani, S., Honar, N., Gholami, S., Haghighat, M., Imanieh, M., Bahador, A., & Malek-Hosseini, S. (2010). Life satisfaction and school performance after liver transplantation in children. *Iranian Journal of Pediatric Society, 2* (1), 26-30.

Diener, E.D. & Rahtz, D.R. (2000). Advances in quality of life theory and research, *Kluwer Academic Publications*, Boston.

Dop-Hordanova, N., & Polenakovic, M. (2013). Psychological characteristics of patients treated by chronic maintenance hemodialysis. *International Journal Organs, 36* (2), 77-86.

Dozier, K., Yeung, L., Miranda, M., Miraflor, E., Strumwasser, A., & Victorino, G. (2013). Death or dialysis? The risk of dialysis-dependent chronic renal failure after trauma nephrectomy. *The American Surgeon*, 79, 97-100.

Hedayati, S., Bosworth, H., Briley, L., Sloane, R., Pieper, C., Kimmel, P., & Szczech, L. (2008). Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney International*, 74, 636-930.

Henrich, W. (2009). Principles and Practice of dialysis. (*4th ed). University of Texas Health Science Center at San Antoniosan Antoio, Texas.*

Hoelterhoff, M., & Chung, M. (2013). Death anxiety and well-being: Coping with life- threatening events. *Traumatology*, 19 (4), 280-291.

Joralemon, D., Funjinaga, K. (1997). Studying the quality of life after organ transplantation: Research problems and solutions. *Social Science Mdical, 44*, 1259-1269.

Kirchgesner, J., Perera-Chang, M., Klinkner, G., Soley, I., Marcelli, D., Arkossy, O., ... Kimmel, P. (2006). Satisfaction withy care in peritoneal dialysis patients. *Kidney International, 70*, 1325-1331.

Kisvertrova, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing, 19* (12), 599-605.

Kohi, s., Batra, p., & Aggarwal, H. (2011). Anxiety locus of control, and coping strategies among end- stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology, 21* (3), 177-181

Kutner, N., Borgan, D., Hall, W., Haber, M., & Daniels, D. (2000). Functional impairmetn, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A prospective study. *Archives Physical Medicine Rehabilitation, 81*, 453-459.

Levy, J., Morgan, J., & Browan, E. (2004). *Oxford Handbook of Dialysis. (2nd ed). Oxford university press, Oxford.*

Matas, A., Halbert, R., Barr, M., Heldeman, J., Hricik, D., Pirsch, J., ... Ferguson, R. (2002). *Clinical Transplantation, 16* (2), 113-121.

Miller, A., Lee, B., & Henderson, C. (2012). Death anxiety in persons with HIV/ AIDS: A systematic Review and Meta-analysis. *Death Studies, 36*, 640-663.

Morris, P., & Jones, B. (1989). Life satisfaction across treatment methods for patients with end-stage renal failure. *The Medical Journal of Australia, 150* (8), 428-432.

Muehree, R., & Becker, B. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: Life after transplantation: New transitions in quality of Life and Psychological distress. *Seminars in Dialysis, 18* (2), 124-131.

Patel, M., Sachan, R., Nischal, A., & Surendra, N. (2012). Anxiety and depression- a suicidal risk in patients with chronic renal failure on maintenance hemodialysis. *International Journal of Scientific and Research Publications, 2* (3), 1-6.

Tavakoli, M., & Ahmadzadeh, B. (2011). Investigation of validity and reliability of templar death anxiety scale. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, *6* (2), 72-80.

Theorfilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients wit chronic renal failure: The effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology*,dio: 10.4061/ 2011/ 514070, 6page.

Rubin, H., Fink, N., & Platinga, L. (2004). Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis versus hemodialysis. *Journal of American Medical Assocication, 291*, 697-703.

Wasserfallen, J., Moinat, M., Halabi, G., Sandan, P., Pernege, T., Fledman, H., ... Wauters, J. (2006). Satisfaction of patients on chronic heamodialysis and peritoneal dialysis. *Swiss Medical Weekly, 136*, 210-217.

ملحق (1)

مقياس قلق الموت (Death Anxiety Scale) بصورته الأولية

عزيزي المحكم / المحكمة .... المحترم

بعد التحية...

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير تربية/علم النفس الإرشادي، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بترجمة مقياس تمبلر لقلق الموت (Templer, 1970).

ولشعور الباحث وإيمانه بخبرتكم المميزة في مجال العلوم النفسية والتربوية فقد تمت الإستعانة بشخصكم الكريم لإبداء الرأي في الفقرات التالية والتي يفترض انتماؤها لمقياس قلق الموت. يرجى التكرم بقراءة الفقرات بعناية تامة وإبداء الرأي في مدى:

1- إنتماء الفقرات للأبعاد المدرجة ضمنها.
2- سلامة الصياغة اللغوية.
3- وضوح الفقرة.
4- ملاءمتها لمرضى الفشل الكلوي.
5- أي تعديلات مقترحة.

مع جزيل الشكر وعظيم الإمتنان

إشراف: الدكتور فواز المومني الباحث: غاندي محمود الرياحنة

مقياس قلق الموت (DAS)

الصياغة اللغوية				
التعديل المقترح	لا ينتمي	ينتمي		
			Absolute Death Anxiety. **قلق الموت المطلق.**	
			I am not at all afraid of die . أخشى الموتَ.	-1
			The thought of death never bothers me. أنزعجُ من فكرةِ الموتِ.	-2
			I am very much afraid to die. أخافُ من الموتِ.	-3
			Fear of Patience and Pain. **الخوف من المرض والألم.**	
			I am really scared of having a heart attack. أخافُ الإصابةَ بنوبةٍ قلبيةٍ.	-4
			I dread to think about having to have an operation. ينتابني الفزعُ عند التفكير بالعمليات الجراحية.	-5
			I fear dying painful death. أخشى الموتَ بطريقةٍ مؤلمةً.	-6
			I am not particularly afraid of getting cancer. أخافُ الإصابة بالسرطان.	-7
			Death Related Thoughts. **الأفكار المرتبطة بالموت.**	
			The subject of life after death troubles me greatly. يقلقني موضوعُ الحياةِ بعدَ الموتِ.	-8
			The sight of a dead body is horrifying to me. أخافُ من رؤية جسدٍ مَيْتٍ.	-9
			It doesn't make me nervous when people talk about death. أشعر بالتوتر عندما يتحدثُ الناسُ عن الموتِ.	-10

			Time Passing and Short Life. **قِصر الحياة وسرعتها.**	
			I often think about how short life really is. أفكر بقصرِ الحياةِ. أفكر كم هي الحياةُ قصيرةٌ.	-11
			I am often distressed by the way time flies so very rapidly. يقلقُني انقضاءُ الوقتِ.	-12
			The thought of death seldom enters my mind. تأخذُ فكرة الموتِ وقتاً من تفكيري. تدورُ فكرةُ الموتِ في ذهني.	-13
			Fear of Future. **الخوف من المستقبل.**	
			I shudder when I hear people talking about a world war III. أرتجفُ عندما أسمعُ الناسَ يتحدثونَ عن نهايةِ الحياةِ. أرتجفُ عندما أسمعُ الناسَ يتحدثونَ عن حرب عالمية ثالثة. أرتجفُ عندما أسمعُ الناسَ يتحدثونَ عن يوم القيامة.	-14
			I feel that the future holds nothing for me to fear. أشعر أن المستقبل يحمل لي شيئاً أخشاه.	-15
			I very much fear burning in hell . أخافُ من نار جهنمٍ.	-16

ملحق (2)

مقياس قلق الموت تمبلر(Death Anxiety Scale) بصورته النهائية

أرجو الإجابة على فقرات المقياس وذلك بوضع اشارة (x) أمام كل فقرة حسب البديل الذي ترونة مناسباً.

الرقم	الفقرة	ينطبق علي بدرجة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
1-	لا أخشى الموتَ.					
2-	يرعبني رؤية جسدٍ مَيْت.					
3-	تسيطرُ فكرةُ الموتِ على تفكيري.					
4-	يرعبني الإصابةَ بنوبةٍ قلبيةٍ.					
5-	يقلقني موضوعُ الحياةِ بعدَ الموتِ.					
6-	أخافُ أن أحرق في نار جهنم.					
7-	لا أخافُ الإصابة بالسرطان.					
8-	أرتجفُ عندما أسمعُ الناسَ يتحدثونَ عن حرب قادمة.					
9-	فكرةِ الموتِ لا تقلقني.					
10-	ينتابني الفزعُ عند التفكير بالعمليات الجراحية.					
11-	أفكر كم هي الحياةُ قصيرةٌ.					
12-	يقلقُني أنقضاءُ الوقتِ بشكل سريع.					
13-	أخافُ أن أموتُ.					
14-	أشعرُ أن المستقبل لا يحمل لي شيئاً أخشاه.					
15-	أخشى أن أموتُ بطريقةٍ مؤلمةً.					

ملحق (3)

مقياس الرضا عن الحياة (MBLSS) بصورة الأولية

عزيزي المحكم / المحكمة ....المحترم

بعد التحية...

يقوم الباحث بدراسة بعنوان " قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير تربية/ علم النفس الإرشادي، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بترجمة مقياس الرضا عن الحياة (BMLSS). ولشعور الباحث وإيمانه بخبرتكم المميزة في مجال العلوم النفسية والتربوية فقد تمت الإستعانة بشخصكم الكريم لإبداء الرأي في الفقرات التالية والتي يفترض انتماؤها لمقياس الرضا عن الحياة. يرجى التكرم بقراءة الفقرات بعناية تامة وإبداء الرأي في مدى:

1- إنتماء الفقرات للأبعاد المدرجة ضمنها.

2- سلامة الصياغة اللغوية.

3- وضوح الفقرة.

4- ملاءمتها لمرضى الفشل الكلوي.

5- أي تعديلات مقترحة.

مع جزيل الشكر وعظيم الإمتنان

إشراف: الدكتور فواز المومني　　　　　الباحث: غاندي محمود الرياحنة

مقياس الرضا عن الحياة (BMLSS) بصورة الأولية

الصياغة اللغوية			ما مدى أنطباق الفقِرات التالية عليك.	
التعديل المقترح	غير مناسبة	مناسبة		
			My family life as. أشعرُ بالرضا عن حياة أسُرتي.	-1
			My friendships as. أشعرُ بالرضا تجاه أصدقائي.	-2
			My Working place as. أشعرُ بالرضا عن مكان عملَي.	-3
			My self as. أشعرُ بالرضا عن نفِسي.	-4
			My Live as. أشعرُ بالرضا عن مكان عيشي.	-5
			My overall life as. أشعرُ بالرضا عن حياتِي بشكلٍ عام.	-6
			My financial situationas. أشعرُ بالرضا عن وضعي المالي.	-7
			My future perspectives as. أشعرُ بالرضا تجاهَ مُستقبلي.	-8
			My health situation. أشعرُ بالرضا عن وضعي الصحي. as.	-9
			My abilities to cope with everyday life as. أشعرُ بالرضا عن قدُراتي على التكيف مع الحياة اليومية.	-10
			My fitness and vitality. أشعرً بالرضا عن لياقتي وحيويتي.	-11

ملحق(4)

مقياس الرضا عن الحياة (BMLSS) بصورته النهائية

الأخ الفاضل / الأخت الفاضلة:

يقوم الباحث بدراسة حول الآثار النفسية والإجتماعية لمرض الفشل الكلوي في محافظة إربد. وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي، راجياً التكرم بالإجابة على فقرات الاستبانة بوضع اشارة (x) أمام كل فقرة بحسب البديل الذي ترونة مناسباً. علماً بأن الإستجابات ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

المعلومات العامة:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

العمر: ( )

الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ ارمل ☐

مطلق

المستوى التعليمي: توجيهي فما دون ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐

ماجستير فأعلى ☐

الدخل الشهري بالدينار الأردني: ( )

نوع المستشفى: حكومي ☐ خاص ☐

مدة الاصابة بالمرض: ( )

مع جزيل الشكر وعظيم الإمتنان

الباحث: غاندي محمود الرياحنة

رقم الهاتف: 0786315833

مقياس الرضا عن الحياة (BMLSS) بصورته النهائية

	ما مدى انطباق الفقرات التالية عليك.	ينطبق علي بدرجة				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
1-	أشعرُ بالرضا عن حياة أسُرتي.					
2-	أشعرُ بالرضا عن أصدقائي.					
3-	أشعرُ بالرضا عن مكان عمليَ.					
4-	أشعرُ بالرضا عن نفِسي.					
5-	أشعرُ بالرضا عن مكان عَيشي.					
6-	أشعرُ بالرضا عن حياتِي بشكلٍ عام.					
7-	أشعرُ بالرضا عن وضعي المالي.					
8-	أشعرُ بالرضا عن أوضاعي المستقبلية.					
9-	أشعرُ بالرضا عن وضعي الصحي.					
10-	أشعرُ بالرضا عن قدُراتي على التكيف مع الحياة اليومية.					
11-	أشعرُ بالرضا عن ليَاقتي وحيويتي.					

ملحق (5)

قائمة بأسماء محكمي أداتي الدراسة

المحكم	التخصص	مكان العمل
أ.د رافع الزغول	علم النفس التربوي	جامعة اليرموك
أ.د شفيق علاونة	علم النفس التربوي	جامعة اليرموك
د. عبد الكريم جردات	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. نضال الشريفين	قياس تقويم	جامعة اليرموك
د. فيصل الربيع	علم النفس التربوي	جامعة اليرموك
د.حنان الشقران	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. احمد الشريفين	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. منار بني مصطفى	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. رامي طشطوش	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. وصال العمري	مناهج العلوم وأساليب تدريسها	جامعة اليرموك
د. عمر شواشره	الإرشاد النفسي	جامعة اليرموك
د. محمد مهيدات	تربيه خاصة	جامعة اليرموك
د. محمد الحوامده	أساليب تدريس اللغة العربية	جامعة اليرموك
د. لؤي طوالبه	تمريض	جامعة ال البيت
د. احمد طبيشات	تمريض	جامعة ال البيت

ملحق (6)

كتب تسهيل المهمة



بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

دائرة رئاسة الجامعة

الرقم: ر/١٠٧/١١٣٦
التاريخ: ١٧/ جمادى الآخرة /١٤٣٥ هـ
الموافق: ١٧/ نيسان /٢٠١٤ م

معالي وزير الصحة الأكرم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب غاندي محمود الرياحنة

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الطالب **غاندي محمود الرياحنة**، ورقمه الجامعي (٢٠١٢٤٠٢١٥٩)، بدراسة بعنوان **"الآثار النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي في محافظة اربد"**؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص علم النفس، ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة على عينة من مرضى الفشل الكلوي في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة اربد.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس الجامعة

أ.د. عبدالله الموسى

تلفون: ٩٦٢ ٢-٧٢١١١١١ فاكس: ٩٦٢-٢-٧٢٧٤٧٢٥ اربد- الأردن
Tel:962-2-7211111 Fax:962-2-7274725 Irbid-Jordan Email:yarmouk@yu.edu.jo http://www.yu.edu.jo






مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي
King Abdullah University Hospital

General Director Office

مكتب المدير العام

هاتف : ٧٢٠٠٦٠٠ (٢-٩٦٢) فاكس : ٧٠٩٥٧٧٧ (٢-٩٦٢) ص.ب (٦٣٠٠٠١) اربد (٢٢١١٠) الأردن

الرقم : ١٥٨٦ /١/١٣
التاريخ : ١٩ شعبان ١٤٣٥ هـ
الموافق : ١٧-٦-٢٠١٤ م

Ref.
Date :

الأستاذ الدكتور عميد كلية التربية المحترمة

تحية طيبة وبعد،،،

إشارةً الى كتابكم رقم ك.ت/١٠٧/٢٣٠، بتاريخ ٢٠١٤/٤/٧م، والمتضمن النظر في البحث المقدم من طالب الماجستير غاندي محمود الرياحنة تحت إشراف الدكتور فواز المؤمني، كلية التربية تخصص علم النفس/ جامعة اليرموك، بعنوان:

"الآثار النفسية والإجتماعية لمرضى الفشل الكلوي في محافظة إربد"

واستناداً الى قرار لجنة البحث على الانسان رقم (٤)، جلسة رقم ٧٧، تاريخ ٢٠١٤/٦/١٠م، يرجى إعلامكم بموافقتنا على إجراء البحث العلمي المشار اليه أعلاه في مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي، على أن يتم ذلك بالتنسيق مع الدائرة الطبية في المستشفى، والتقيد بالشروط التالية:

١. الإلتزام بسياسة البحث العلمي في المستشفى (رقم السياسة GM7601).
٢. الحفاظ على سرية المعلومات وأن لا تستخدم الا لغايات البحث العلمي.
٣. لا يحتاج البحث الى نموذج تفويض من المشارك.
٤. تُعتبر الموافقة ملغاة تلقائياً بعد مرور عام من الحصول على موافقة لجنة البحث على الإنسان (IRB)، أوفي حال عدم تزويد اللجنة بنتائج البحث. (مرفق مع القرار نموذج إغلاق البحث)

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مديـــــر عام المستشفى

أ.د. إبراهيم بنـــي هانـــي

ر. م علم النفس الإرشادي والتربوي
أرجو بتكرم بالاطلاع وابلاغ الطالب المعني ومشرفه مضمون الخطاب وشكرا
٢٠١٤/٦/١٨

Tel.: (962-2) 7200600 Fax: (962-2) 7095777 P.O.Box: (630001) Irbid (22110) Jordan E-mail : kauh@just.edu.jo



الرقم م ب ا / لجنة اخلاقيات/ ١٢٧٩٦
التاريخ
الموافق ١٤/٩/١٤ ٢٠١٤م

مدير تطوير الموارد البشريه

تحيه طيبه وبعد ،،،

اشاره لكتابكم رقم تطوير /خطط/٣٩٤٤ تاريخ ٢٠١٤/٦/٥ بخصوص البحث المقدم من طالب الماجستير/غاندي محمود الرياحنه.

بعنوان:-

(قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة اربد)

يرجى التكرم بالعلم بأنه قد تم عرض البحث على لجنة اخلاقيات البحث العلمي وقد قررت اللجنه الموافقه على اجراء البحث المشار اليه بعد أن قام الباحث بإجراء التعديلات المطلوبه.

للتكرم بالاطلاع واجراءاتكم لطفا .

واقبلوا الاحترام

مدير مستشفى البشير

الدكتور عصام الشريده



ص ب /رس



وزارة الصحة

الرقم قطوير / خطط / ٩٢٠٦
التاريخ ١٥ / ٩ / ٢٠١٤م
الموافق

مدير مستشفى.................................

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن كتاب مدير مستشفى البشير / رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات /١٢٧٩٦ تاريخ ٢٠١٤/٩/١٤ بخصوص السماح لطالب الماجستير **غاندي محمود الرياحنه** اجراء بحث بعنوان :-

(قلق الموت والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي في محافظة اربد)

وسيتم تطبيق الدراسة على عينة من مرضى الفشل الكلوي في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في محافظة اربد .

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة اجراء البحث اعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتورة فدوى الشوابكه

هـ م

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني www.moh.gov.jo

Abstract

AL-raehenh Gandih Mahmoud. (2014). Death Anxiety and Life Satisfaction among Patients with Renal Failure in Governorate of Irbid. Master thesis, Yarmouk University.

(Supervisor: Dr Fawwaz Ayoub Momani).

The Purpose of this study was to investigate the death anxiety and life satisfaction levels among renal failure patients in light of some variables. The sample of the study consisted of (311) from renal failure patients in both public and private hospitals in Irbid governorate in Jordan for the year 2013/2014.

To achieve the aims of the study, the death anxiety scale and life satisfaction scale were translated into Arabic Language and administered to the study sample. Results indicated that, death anxiety level among subjects was moderate. Also there was a statistically significant differences, between subjects by gender in favor of females who experience more death anxiety than males.

Moreover there were no statistically significant difference between subject by their age, duration of the infection, times of renal dialysis, and monthly income. The life satisfaction among subjects Was aslo moderate level. The result showed significant differences between subjects regarding life satisfaction contributed to dialysis times, and monthly income subjects Who earn (401) or above per month showed more life satisfaction level than those subjects Who earn less money (201-400) Finally result indicated a negative relationship between death anxiety and life satisfaction among subjects.

Key Words: Death anxiety, renal failure patienets, and life satisfaction.